

Białystok, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
numer albumu

.....
kierunek, rok studiów, semestr, grupa

*tryb stacjonarny/niestacjonarny**

.....
aktualny telefon kontaktowy

**PROREKTOR WSWFiT
w Białymstoku**

**PODANIE o przesunięcie terminu obrony pracy
dyplomowej/magisterskiej***

Zwracam się z prośbą o przesunięcie terminu obrony pracy
*dyplomowej/magisterskiej** na miesiąc.....
w roku akademickim

Uzasadnienie podania:

.....
.....
.....
.....

.....
Podpis studenta

Decyzja Prorektora:

*Zgoda / brak zgody** na przesunięcie terminu obrony pracy na miesiąc.....

.....
.....

Białystok, dnia

.....
Podpis i pieczęć Prorektora

.....
* Niepotrzebne skreślić.