

Imię i nazwisko Studenta (*Student's name and surname*)

Nr albumu (*Index number*) Telefon kontaktowy (*Telephone no.*)

Aktualny adres do korespondencji (*Current address*):

E-mail:

Stopień studiów (*Level of studies*): pierwszego stopnia/drugiego stopnia* (*First-cycle programme/Second-cycle programme**)

Forma studiów (*Form of studies*): stacjonarne/niestacjonarne (*full-time/part-time*)*

Kierunek (*Programme*)

Rok studiów (*Year of studies*)..... Semestr (*Semester*)

Dziekan ds. Studenckich / Dean for Student Affairs
prof. dr hab. inż. Anna Cierniak-Emerych

PODANIE (APPLICATION)

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody w roku akademickim 20...../20..... w semestrze
na wznowienie studiów w celu przystąpienia do egzaminu dyplomowego.
(*I kindly ask for reinstatement on list of students for taking the diploma examination in semester.....
of academic year.....*)

.....
data (*date*)

.....
podpis Studenta (*Student's signature*)

OPINIA PROMOTORA (*Opinion of the Supervisor*)

Pracę Studenta pt. (*Student's thesis title*)

.....

.....

akceptuję i wyrażam zgodę na wgranie pracy do systemu APD*
(*I approve the thesis and I request for further processing in APD system**)

TAK	NIE
YES	NO

.....
data (*date*)

.....
podpis Promotora (*Supervisor's signature*)

DECYZJA DZIEKANA DS. STUDENCKICH (*Decision of the Dean for Student Affairs*)

.....

.....
data (*date*)

.....
podpis Dziekana ds. Studenckich (*Dean's signature*)

WYZNACZENIE RECENZENTA (*Appointing the reviewer of the thesis*)

Wyznaczam następującego recenzenta pracy (*I appoint the following reviewer for the thesis*)

.....

.....
data (*date*)

.....
podpis Prodziekana ds. Studenckich (*Deputy Dean's signature*)