Częstochowa, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko studenta

Kierunek studiów \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stopień studiów I / II\*, rok studiów \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , semestr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Studia: stacjonarne / niestacjonarne\*

Numer albumu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prodziekan ds. kształcenia i spraw studenckich

Wydziału Nauk Społecznych

Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**P O D A N I E**

Zwracam się z prośbą o **przedłużenie terminu złożenia pracy dyplomowej** do dnia 31.10. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

rok

Uzasadnienie:

Załączniki:

1) ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis studenta

3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Opinia promotora:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

podpis promotora

**Decyzja Prodziekana Wydziału Nauk Społecznych**

Zgodnie z § 30 Regulaminu Studiów UJD **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na przedłużenie terminu złożenia pracy dyplomowej do dnia 30. 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

rok

Częstochowa, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Prodziekana

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a/ o decyzji Prodziekana Wydziału Nauk Społecznych

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis studenta

Data wpływu podania do Dziekanatu WNS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis pracownika

**\*właściwe zaznaczyć**