

Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

ZGŁOSZENIE TEMATU PRACY DYPLOMOWEJ
(licencjackiej / magisterskiej)*

STUDENT..... NR ALBUMU.....
(Nazwisko i imię)

KIERUNEK STUDIÓW:

STOPIEŃ: I / II*

FORMA STUDIÓW: stacjonarne / niestacjonarne*

ROK AKADEMICKI:
2024/2025

DATA:
.....

TEMAT PRACY DYPLOMOWEJ:
.....
.....
.....
.....

PROMOTOR:
(tytuł naukowy, stopień naukowy, tytuł zawodowy, imię, nazwisko)

.....
Podpis studenta

(Oświadczam, że dokonałem/dokonałam wyboru jednego promotora w jednej jednostce organizacyjnej)

..... Podpis promotora	 Podpis i pieczętka Dziekana Wydziału
---------------------------	---

.....
Podpis i pieczętka Kierownika jednostki organizacyjnej

*niepotrzebne skreślić