

Olsztyn dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
adres

.....
nr telefonu kontaktowego

.....
kierunek, rok studiów

.....
nr indeksu

studia stacjonarne
studia I-go; II-go stopnia, jednolite magisterskie*

.....
**Wicedyrektor ds. kształcenia i studentów
Szkoły Zdrowia Publicznego
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie**

Podanie o zmianę promotora pracy licencjackiej/magisterskiej*

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zmianę promotora pracy
magisterskiej z
na
z powodu

.....
własnoręczny podpis Studenta

Opinia dotychczasowego opiekuna
.....
.....
.....

.....
podpis

Opinia proponowanego opiekuna
.....
.....
.....

.....
podpis