

Olsztyn, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Numer albumu

.....  
Rok, kierunek studiów

.....  
studia stacjonarne  
I stopnia/ II stopnia/ jednolite magisterskie\*

**Wicedyrektor ds. Studenckich  
Szkoły Zdrowia Publicznego Collegium Medicum  
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego  
w Olsztynie**

**Podanie o zmianę opiekuna pracy dyplomowej**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zmianę opiekuna pracy licencjackiej/  
magisterskiej/ \*

Obecny opiekun: .....

Proponowany opiekun: .....

Powód zmiany:.....

.....

.....  
własnoręczny podpis Studenta

Opinia dotychczasowego opiekuna .....

.....

.....

.....

.....  
podpis

Opinia proponowanego opiekuna .....

.....

.....

.....

.....  
podpis

**\*zaznaczyć właściwe**