**Harmonogram terminów obron pracy dyplomowej** Data ………………………

Kierunek ……………………………………….................……..

Poziom/forma studiów ……………………………..……………

 *(I/II stopień, jednolite magisterskie; stacjonarne/niestacjonarne)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko studenta | Nr albumu | Temat pracy | Imię i Nazwisko promotora |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |

Proponowany recenzent …………………………………………………………………….……………………………….

Proponowany termin obrony...............................................................................................................

Przewodniczący komisji dyplomowej.................................................................................................

Zatwierdzam: ……………………………………………………..

 Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu