

.....
Imię i nazwisko

Wydział Filia UŁ w Tomaszowie Maz.

Kierunek:

Studia stacjonarne / niestacjonarne*

Studia I stopnia / II stopnia*

nr albumu:

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE EGZAMINU DYPLOMOWEGO W FORMIE STACJONARNEJ**

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie w formie stacjonarnej egzaminu dyplomowego
- Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie w formie stacjonarnej egzaminu dyplomowego

Tomaszów Maz., dnia.....

.....

podpis studenta

*niepotrzebne skreślić

** właściwe zaznaczyć