­­­­­­­­Imię i nazwisko: ........................... Kraków, dnia ………….……….

Nr albumu: ....................................

Kierunek: ………………………..

Rok studiów: …………………….

Forma studiów: stacjonarne

Poziom studiów: pierwszego stopnia/drugiego stopnia/jednolite magisterskie\*

**Szanowny Pan**

**……………………………………**

**Prodziekan ds. studenckich**
**Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM**

**PODANIE O ZMIANĘ** **PROMOTORA**

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

z .................................................................................................................................................................

na ................................................................................................................................................................

Prośbę swą motywuję tym, iż ………….......................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis Studenta)

**OPINIA OBECNEGO PROMOTORA**:

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data i podpis Promotora)

**OPINIA PRZYSZŁEGO PROMOTORA**:

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data i podpis Promotora)

**OPINIA DYREKTORA INSTYTUTU /KIEROWNIKA ZAKŁADU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO/ELEKTRORADIOLOGII:**

Pozytywnie / negatywnie\* opiniuję prośbę o zmianę Promotora.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data i podpis Dyrektora/Kierownika)

**DECYZJA PRODZIEKANA**

Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę(y) na zmianę Promotora.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data i podpis Prodziekana)

\*właściwe zaznaczyć