Załącznik nr 5

Poznań, dnia ...................................

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

 (pieczątka jednostki)

Sz. P.

……………………………………………

Dziekan/Kierownik\*

……………………………………………

(Wydziału/Jednostki\*)

Uniwersytetu Medycznego

w Poznaniu

**Wniosek o akceptację recenzenta pracy dyplomowej**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na przygotowanie recenzji pracy licencjackiej/magisterskiej\*

studenta:…………………………………………………………………………........................

(imię i nazwisko)

kierunek………………………………………………………………………….........................

studia: stacjonarne/niestacjonarne\*

pt. ………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

przez: ……………………………………………………………………………………………

(nazwisko recenzenta)

……………………………………………

Promotor

……………………………………………

decyzja Dziekana/Kierownika\*

\*odpowiednie podkreślić

Zał. nr 5 do BOPD.4131.4.2021-2 z dnia 30.09.2021