|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………….…………  *(imię i nazwisko dyplomanta)*  studia stacjonarne/niestacjonarne1  kierunek/specjalność: ……………………../……………….  rok: …..……. semestr: ……...….  nr albumu: …….…………………..…… | Gdynia, dnia ………………….  Data wpływu ………………… |
|  | **Dziekan Wydziału** …………………………..  *(wpisać nazwę wydziału)*    …………………………………………………. |
|  | *(imię i nazwisko dziekana)* |

**PODANIE**

W związku z ukończeniem pracy dyplomowej oraz uzyskaniem absolutorium uprzejmie proszę o zgodę na przeprowadzenie egzaminu dyplomowego w formie zdalnej

🞏 na terenie Uniwersytetu Morskiego w Gdyni (studenci kształceni zgodnie z konwencją STCW).

🞏 w miejscu zamieszkania.

…………………………………….

*(podpis dyplomanta)*

**Adnotacja dziekana:**

…………………………………….

*(podpis dziekana)*

*1) Niepotrzebne skreślić*