|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………….…………*(imię i nazwisko dyplomanta)*studia stacjonarne/niestacjonarne1kierunek/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*