

ZMIANA OPIEKUNA PRACY LICENCJACKIEJ

NAZWISKO I IMIĘ:

BIEŻĄCY ROK STUDIÓW:

DOTYCHCZASOWY OPIEKUN:

Z INSTYTUTU/WYDZIAŁU:

UCZELNIA:

NOWY OPIEKUN PRACY LICENCJACKIEJ:

Z INSTYTUTU /WYDZIAŁU :

UCZELNIA:

Podpis studenta

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI ZMIANĘ OPIEKUNA PRACY LICENCJACKIEJ.

Podpis poprzedniego opiekuna

WYRAŻAM ZGODĘ NA PEŁNIENIE FUNKCJI OPIEKUNA PRACY LICENCJACKIEJ STUDENTA:

Kraków dnia:

Podpis nowego opiekuna

DECYZJA KIEROWNIKA STUDIÓW

Kraków dnia:

Podpis Kierownika studiów