RD-CDS-D.5337 .__. _____ . ____ Wrocław .....20..... r.

Imię i nazwisko studenta *(Student's name and surname*)……
Nr albumu *(Index number)* ..... Telefon kontaktowy *(Telephone no.)* .....
E-mail: ……
Aktualny adres do korespondencji *(Current address)*: ……
Stopień studiów (*Level of studies): Studia I stopnia/Studia II stopnia**
(First-cycle programme/Second-cycle programme)*
Forma studiów (Form of studies): Stacjonarne/Niestacjonarne (Full-time/Part-time*)
Kierunek *(Programme)* ……Rok studiów *(Year of studies)*.....
Semestr *(Semester)* .....

Dziekan ds. Studenckich / Dean for Student Affairs
prof. dr hab. inż. Anna Cierniak-Emerych

WNIOSEK (APPLICATION)

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na utajnienie mojej pracy licencjackiej/ inżynierskiej/magisterskiej* pisanej pod kierunkiem *(I kindly ask for permission to concealing my diploma thesis written under the direction of)* .....
na temat *(my thesis is entitled)*:
……
……
……

Uzasadnienie powodów utajnienia (obowiązkowe) wypełnia przedsiębiorstwo/instytucja wnosząca o utajnienie pracy dyplomowej ze względu na dane poufne lub ochronę własności intelektualnej. / *Justification of thesis concealing (obligatory) this section is completed by the undertaking/institution submitting the request to keep the thesis confidential for reasons of confidentiality data explored or intellectual property.*

……..……..……..……..…….. pieczątka i podpis osoby reprezentującej (*Signature and stamp*)

…….....
podpis Studenta *(Student's signature)*

*niepotrzebne skreślić *(cross where innaplicable)*

Opinia promotora *(Opinion of the Supervisor) – obowiązkowa (obligatory)*

Popieram wniosek *(Approve*) ☐

Nie popieram wniosku (D*isapprove*) ☐

Uzasadnienie (*Justification*):

data (*Date*) …….. podpis (S*ignature*)……

Decyzja Dziekana ds. Studenckich *(Dean's opinion)*

☐ Wyrażam zgodę (*I agree*) ☐ Nie wyrażam zgody (*I do not agree*)

Uzasadnienie *(Justification)*:

data (*Date*) …….. ……

podpis Dziekana *(Dean's signature)*