***Załącznik nr 1*** *do szczegółowych warunków wyróżniania prac dyplomowych na Wydziale Nauk o Zdrowiu*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**WYRÓŻNIANIE PRACY DYPLOMOWEJ NA WYDZIALE NAUK O ZDROWIU**

1. **INFORMACJE PODSTAWOWE DOT. ABSOLWENTA**

* Imię i Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………
* Numer albumu ……………………………………………………………………………………………………………
* Kierunek kształcenia ……………………………………………………………………………………………………
* Typ pracy: praca licencjacka / praca magisterska (niepotrzebne skreślić)
* Dane kontaktowe
  + Telefon ……………………………………………………………………………………………………………
  + E-mail ………………………………………………………………………………………………………………

1. **INFORMACJE DOT. PRACY DYPLOMOWEJ**

* Tytuł pracy dyplomowej

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Opiekun pracy…………………………………………………………………………………………………………………………
* Recenzent……………………………………………………………………………………………………………………………….
* Data obrony…………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **UZASADNIENIE ZGŁOSZENIA PRACY DO WYRÓŻNIANIA** *(wypełnia Opiekun pracy/Recenzent/Przewodniczący komisji dyplomowej)* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………… ……………………………………………

Data Podpis osoby zgłaszającej