

DEKLARACJA WYBORU PROMOTORA

Nazwisko i imię:.....

Nr albumu:.....

Kierunek studiów: Fizjoterapia / Kosmetologia / Terapia zajęciowa*

Studia: stacjonarne

Rok studiów:

Studia: drugiego stopnia / jednolite magisterskie*

Promotor:.....

.....
podpis promotora

.....
podpis studentki/a

* Niepotrzebne skreślić