………………………………….. Gdynia/Gdańsk…………………

Imię i nazwisko Studenta

……………………………………

Rok/stopień i kierunek studiów

Dziekan

Wydziału Oceanografii i Geografii UG

dr hab. Waldemar Surosz

profesor Uniwersytetu Gdańskiego

**P O D A N I E**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na korzystanie z laboratorium ……………………………………………………  
 (*nazwa Katedry/ Jednostki organizacyjnej*) w terminie ……………………………………………………..

(*podać wnioskowany czas pracy*)  
 w związku z ………………………………………………………………………………………………………………………………………. ..........................……………………………………………………………………………………………………………………………………..........................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. (*podać powód konieczności korzystania z laboratorium wraz z uzasadnieniem*).

Podpis Studenta

Opinia opiekuna pracy dyplomowej

Opinia Kierownika Katedry/ Jednostki Organizacyjnej