Imię i nazwisko Studenta Gdynia/Gdańsk…………………

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

Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń sanitarnych wprowadzonych w okresie zagrożenia zakażeniem SARS-Cov-2.

Podpis Studenta

Opinia opiekuna pracy dyplomowej

Opinia Kierownika Zakładu