**WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY**



**Decyzja o dopuszczeniu pracy dyplomowej do kontroli w Jednolitym Systemie Antyplagiatowym**

Imię i nazwisko studenta…………………………………………………………………….

Nr albumu…………………………………………………..…………………………………

Tytuł pracy……………………………………………………………………………….........

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko promotora……………………………………………………………………

Data pozytywnej decyzji o dopuszczeniu pracy do oceny antyplagiatowej…………….

……………………………………….

Podpis promotora