|  |  |
| --- | --- |
| D:\SURAT 2015\Bikin Surat\LOGO MATEMATIKA.jpg | KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGIUNIVERSITAS BRAWIJAYA FAKULTAS MIPA**JURUSAN MATEMATIKA**Jl. Veteran, Malang 65145, Jawa Timur, Indonesia, Telp-fax : +62-341-571142[*http://matematika.ub.ac.id*](http://matematika.ub.ac.id)*, e-mail: jurmatub**@ub.ac.id* |

**FORM PERPANJANGAN SKRIPSI**

**PROGRAM STUDI S1 MATEMATIKA**

**SEMESTER GANJIL TAHUN AKADEMIK 2021/2022**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

**N a m a** : ……………………………………………………………………

**NIM** : ……………………………………………………………………

Dengan ini mengajukan permohonan perpanjangan Bimbingan Skripsi kepada:

**N a m a Dosen** : ……………………………………………………………………

**NIP** : ……………………………………………………………………

Sebagai bahan pertimbangan, berikut ini saya sampaikan data yang terkait dengan penyelesaian skripsi saya dan saya lampirkan **jadwal penyelesaian skripsi**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Judul Skripsi | : |  |
| Telah memprogram skripsi | : | .....semester (isi dengan berapa semester skripsi yang **telah dan akan** ditempuh) |
| No. Telp/WA yang dapat dihubungi | : |  |
| No. Telp/WA Ortu atau Wali yang dapat dihubungi | : |  |
| Semisar Proposal  | : | Sudah/Belum\* (tanggal pelaksanaan ..................) |
| Seminar Hasil | : | Sudah/Belum\* (tanggal pelaksanaan ..................) |
| Alasan keterlambatan penyelesaian skripsi | : |  |

Dengan penuh kesadaran dan rasa tanggung jawab saya akan menyelesaian skripsi selambat-lambatnya dalam waktu **SATU semester**.

 Malang, …………………………………..

Menyetujui, Pemohon

Dosen Pembimbing Skripsi,

**…………………………………………….. ………………………………………..**

NIP. NIM.

Mengetahui Menyetujui

Dosen Penasihat Akademik, Ketua Program Studi S1 Matematika

**…………………………………………….. Dr. Dra. Wuryansari Muharini K., M.Si**

NIP. NIP.196607281993032001.

**Keterangan:**

* \* Coret yang tidak perlu
* Setelah form diisi lengkap mohon untuk segera dikirim ke Dosen Pembimbing Skripsi
* Dosen Pembimbing Skripsi mengirim form ini ke Dosen Penasihat Akademik setelah ditandatangani
* Dosen Penasihat Akademik mengirim form ini ke email pujiyanti@ub.ac.id atau ke WA 082139353348 setelah ditandatangani

Lampiran. Jadwal Penyelesaian Skripsi a/n Mahasiswa : ………………………………………….. NIM: ……………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Kegiatan Penyelesaian Skripsi | Bulan ke 1 Minggu ke | Bulan ke 2 Minggu ke | Bulan ke 3 Minggu ke | Bulan ke 4 Minggu ke | Bulan ke 5 Minggu ke | Bulan ke 6 Minggu ke |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Catatan : beri tanda* ☑ *atau arsir pada kolom waktu yang bersesuaian dengan kegiatan penyelesaian skripsi*

 Malang,

 Mahasiswa yang bersangkutan,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 NIM.