|  |
| --- |
|  |
| *miejscowość, data* |
|  |
| *Imię i nazwisko* |
|  |
| *adres* |
|  |
| *telefon kontaktowy* |
|  |
| *kierunek studiów, specjalność, grupa* |
| studia stacjonarne\* / niestacjonarne\* |
| *tryb studiów* |
|  |
| *nr albumu* |

**Dziekan Wydziału ………………….**

**Uniwersytetu Zielonogórskiego**

Wniosek **o odpis dyplomu/odpis suplementu\* w języku obcym**

Proszę o wydanie:

1. odpisu dyplomu w języku ..........................................................................\*
2. odpisu suplementu w języku angielskim\*.

Temat pracy dyplomowej w języku angielskim brzmi (proszę podać w przypadku prośby o wydanie suplementu):

Data egzaminu dyplomowego:

Data ukończenia studiów – dotyczy kierunku LEKARSKIEGO ……………………………….

|  |
| --- |
| ……………………………………..……………..……. |
| *czytelny podpis absolwenta* |

Załączniki:

* Dowód wpłaty za odpis dyplomu w j. obcym (20 zł).
* Dowód wpłaty za odpis suplementu w j. obcym (20 zł).
* 1 zdjęcie o wymiarze 4,5cm x 6,5 cm