|  |
| --- |
|   |
|  *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 studenta/ absolwenta* |

*Dla osób, które złożą wniosek przed wyznaczonym terminem egzaminu dyplomowego, a w przypadku kierunku lekarskiego przed datą ukończenia studiów, 1 egz. odpisów w j. obcym jest bezpłatny (zastępuje 1 egz. otrzymywanego z kompletu w języku polskim). W pozostałych przypadkach opłaty wynoszą: 20 zł za odpis dyplomu i 20 zł za odpis suplementu).*

Załączniki (jeśli dotyczy):

* Dowód wpłaty za odpis dyplomu w j. obcym (20 zł)
* Dowód wpłaty za odpis suplementu w j. obcym (20 zł).