|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Numer albumu

Nazwisko i imię ………………………….……………………………………………

Kierunek/specjalność studiów ……………………………………………….Rok studiów……………………………

Forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne\*

Poziom studiów: pierwszego stopnia / drugiego stopnia / jednolite studia magisterskie\*

Adres do korespondencji: ………………………………………………..

………………………………………………..

Numer telefonu: ………………………………………………..

**DZIEKAN**

**WYDZIAŁU OCHRONY ZDROWIA**

**AKADEMII TARNOWSKIEJ**

Zwracam się z prośbą o wydanie odpisu dyplomu /suplementu\* w tłumaczeniu na język ………………………….….

(nazwa języka obcego)

Z poważaniem

................................................................

(data i podpis Studenta)

WYRAŻAM ZGODĘ

................................................................

(data i podpis Dziekana)

Załącznik :

- dowód wpłaty (20 zł) za odpis dyplomu/ suplementu\*

\*- niewłaściwe skreślić