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

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 w tłumaczeniu na język …………………………….….

 (nazwa języka obcego)

 Z poważaniem

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

 (data i podpis Studenta)

 WYRAŻAM ZGODĘ

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

 (data i podpis Dziekana)