

Warszawa, dn.

Student/studentka

.....
(imię/ imiona i nazwisko)

.....
(nr albumu)

.....
(kierunek studiów)

.....
(specjalność)

.....
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne , jednolite mgr / I stopnia / II stopnia)

.....
(rok immatrykulacji)

Wniosek złożony dn.

Nr ewidencyjny:.....

Dziekan

.....

.....
(nazwa Wydziału)

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wydanie mi *:

1. **odpisu dyplomu ukończenia studiów w tłumaczeniu na język:**

angielski, francuski, hiszpański, niemiecki, rosyjski *.

2. **odpisu suplementu do dyplomu w tłumaczeniu na język angielski.**

.....
podpis studenta/ studentki

* Niepotrzebne skreślić.