…………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………..

/Imię i nazwisko/ /miejscowość / data/

……………………………………………………………………………………

/kierunek studiów / specjalność /

Nr albumu ……………………………

Dyrektor

Szkoły Zdrowia Publicznego w Olsztynie

WNIOSEK

o wydanie odpisu dyplomu w języku obcym

Uprzejmie proszę o wydanie odpisu dyplomu oraz suplementu w tłumaczeniu na język angielski.

……………………………………...............................

/ czytelny podpis studenta/