
imię i nazwisko

adres

tel./e-mail

**Dziekan Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Ul. Medyków 18
40-752 Katowice**

Uprzejmie proszę o wydanie zaświadczenia o czasie trwania studiów

Data i miejsce urodzenia:

Rok ukończenia studiów:

Numer dyplomu:

Dyplom został wystawiony na nazwisko:

Uprzejmie informuję, że*:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Zaświadczenie odbiorę osobiście. |
| <input type="checkbox"/> | Wyrażam zgodę na przesłanie zaświadczenia pocztą na wskazany adres. |
| <input type="checkbox"/> | Wyrażam zgodę na przesłanie scanu zaświadczenia na adres mailowy. |

* Zaznaczyć właściwe

(data i podpis wnioskującego)

Wyrażam/nie wyrażam zgodę(y)

(data i podpis osoby upoważnionej)