
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 średniej arytmetycznej wszystkich ocen z egzaminów z uwzględnieniem ocen niedostatecznych uzyskanych w ciągu całego okresu studiów.

Data i miejsce urodzenia:

Rok ukończenia studiów:

Numer dyplomu:

Dyplom został wystawiony na nazwisko:

Uprzejmie informuję, że*:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Zaświadczenie odbiorę osobiście.

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)