Siedlce, dnia 20 r.

Nazwisko i imię:

Nr albumu:

Kierunek i rok studiów:

Tryb studiów: stacjonarne / niestacjonarne

Dane kontaktowe(nr telefonu/e-mail):

**Dziekanat Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

**Wniosek o wydanie zaświadczenia**

Zwracam się z prośbą wydanie zaświadczenia dotyczącego ………………………................
…………………………………………………………………………………………………………
Zaświadczenie to jest mi niezbędne do przedstawienia ………………………………………..
…………………………………………………………………………………………………………

Zaświadczenie odbiorę osobiście\*/zaświadczenie należy przesłać na wyżej wymieniony adres\*

(podpis wnioskodawcy)……………………………………………………………..

\*niepotrzebne skreślić