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