Załącznik nr 8a

..………………………………

*miejscowość i data*

……………………………………………… ……………

*Imię i nazwisko Numer albumu*

Fizjoterapia …….. ………… …………………

*Kierunek Rok Semestr Tryb*

Adres korespondencyjny:

………………………………………………………………………

*ulica, nr domu*

………………………………………………………………………..

*kod pocztowy, miejscowość*

**Do Działu Kształcenia i Spraw Studenckich**

**Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej   
im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie**

PODANIE

**Proszę o wydanie odpisu dyplomu w języku** …………………………………….…

Do podania załączam:

* 1. 2 zdjęcie dyplomowe format 45 mm x 65 mm ( podpisane na odwrocie – imię i nazwisko)
  2. dowód wniesienia opłaty za wydanie dyplomu w tłumaczeniu na język ……………..

Z poważaniem

……………………………………..