……………………………………….

imię i nazwisko studenta

……………………………………….

rok studiów, grupa, studia stacjonarne/niestacjonarne

……………………………………….

tel. kom.

……………………………………….

adres korespondencyjny

……………………………………….

adres e-mail

Sz. Pan

Prof. dr hab. Anna Jelińska

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wniosek**

Uprzejmie proszę o wydanie odpisu dyplomu ukończenia studiów w tłumaczeniu na język …………………………..

…………………………………………

 podpis absolwenta