…………………….…………..…………………

*miejscowość, data*

**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA O ODBYTYCH STUDIACH**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko wnioskującego |  |
| Nazwisko na dyplomie ( jeżeli uległo zmianie) |  |
| Wydział  |  |
| Kierunek  |  |
| Lata studiów |  |
| Tryb studiów  | stacjonarny / niestacjonarny |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Imię ojca |  |
| Dane kontaktowe: telefon, mail |  |
| Wystawiony dokument odbiorę osobiście | TAK / NIE |
| Wystawiony dokument proszę przesłać na adres: |  |

………………………………...…………………

*(czytelny podpis wnioskującego)*

Załącznik:

kserokopia dyplomu

Wniosek należy przesłać lub dostarczyć osobiście na adres:

Wydział Nauk o Edukacji UwB

15-328 Białystok

ul. Świerkowa 20, pok. 14

Dane kontaktowe: tel. 085 745 75 33

e-mail: j.kotynska@uwb.edu.pl