

**WYŻSZA SZKOŁA ZDROWIA
W GDAŃSKU**

Gdańsk, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek

.....
grupa

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

.....
nr albumu

DODATKOWE INFORMACJE DO SUPLEMENTU DO DYPLOMU

OTRZYMANE NAGRODY/WYRÓŻNIENIA	POŚWIADCZENIE
.....	Na podstawie załączonego dokumentu potwierdzam/nie potwierdzam* (podpis pracownika BOS)
UDZIAŁ W KOŁACH NAUKOWYCH	POŚWIADCZENIE
.....	Potwierdzam/nie potwierdzam* (podpis kierownika Koła)
UDZIAŁ W PARLAMENCIE STUDENTÓW	POŚWIADCZENIE
.....	Potwierdzam/nie potwierdzam* (podpis Przewodniczącego Parlamentu)
INNE -	POŚWIADCZENIE
.....	Potwierdzam/nie potwierdzam* (podpis)
INNE -	POŚWIADCZENIE
.....	Potwierdzam/nie potwierdzam* (podpis)

W przypadku wnioskowania o odpis dyplomu w języku angielskim dyplomant zobowiązany jest o tłumaczenie dodatkowych informacji do Suplementu do dyplomu we własnym zakresie przez tłumacza (poświadczone odpowiednią pieczęcią).

.....

data i podpis Rektora

.....

podpis studenta

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia z siedzibą w Gdańsku przy ul. Pelplińskiej 7 (80-335).

Dane osobowe będą przetwarzane w realizacji przedmiotu działalności edukacyjnej WSZ na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i lit. f) RODO.

Niniejsze informacje należy złożyć w biurze obsługi studenta przed egzaminem dyplomowym.