

WYŻSZA SZKOŁA ZDROWIA
w Gdańsku

Gdańsk, dnia

.....

imię i nazwisko

.....

kierunek

stacjonarne/niestacjonarne*

forma studiów

.....

nr albumu

**DO PEŁNOMOCNIKA REKTORA DS.
KSZTAŁCENIA I STUDENTÓW**

WNIOSEK O WYDANIE DODATKOWEGO ODPISU DYPLOMU I SUPLEMENTU DO DYPLOMU

data egzaminu dyplomowego

Proszę o wydanie dodatkowego odpisu dyplomu ukończenia studiów wraz z odpisem suplementu do dyplomu w tłumaczeniu na **język angielski**.

Temat pracy dyplomowej w **języku angielskim** brzmi (*wypełnić czytelnie*):

„.....”

Z poważaniem

.....

DECYZJA PEŁNOMOCNIKA REKTORA DS. KSZTAŁCENIA I STUDENTÓW

Wyrażam zgodę po wniesieniu opłaty w wysokości zgodnej z aktualnym zarządzeniem kanclerza WSZ (40 PLN). W przypadku złożenia wniosku o umieszczenie dodatkowych informacji w suplemencie – informacje te również muszą zostać przetłumaczone na język angielski)		
	data	pieczętka i podpis
Nie wyrażam zgody		
	data	pieczętka i podpis

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia z siedzibą w Gdańsku przy ul. Pielplińskiej 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.

O decyzji należy dowiedzieć się osobiście, telefonicznie lub drogą elektroniczną.