

WYŻSZA SZKOŁA ZDROWIA
w Gdańsku

Gdańsk, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

.....
nr albumu

DO REKTORA
WYŻSZEJ SZKOŁY ZDROWIA
W GDAŃSKU

WNIOSEK O WYDANIE DODATKOWEGO ODPISU DYPLOMU I SUPLEMENTU DO DYPLOMU

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

Z poważaniem

.....

DECYZJA REKTORA

Wyrażam zgodę		
	data	pieczęćka i podpis
Nie wyrażam zgody		
	data	pieczęćka i podpis

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.

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