



## WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY

Legnica, dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
numer albumu

.....  
kierunek, rok studiów, semestr, grupa

*tryb stacjonarny\**

.....  
aktualny telefon kontaktowy

**DZIEKAN**  
**Wydziału Pielęgniarstwa**  
**Wyższej Szkoły Medycznej**  
**w Legnicy**

### **WNIOSEK O WYDANIE DODATKOWEGO ODPISU DYPLOMU I SUPLEMENTU W TŁUMACZENIU NA JĘZYK NIEMIECKI**

Proszę o wydanie odpisu dyplomu i suplementu do dyplomu w tłumaczeniu na język angielski.

Temat pracy dyplomowej w tłumaczeniu na język niemiecki:

.....  
.....

***Przetłumaczony temat proszę przesłać na adres internetowy dziekanatu  
dziekanat@wsmlegnica.pl***

.....  
(czytelny podpis absolwenta)

Adnotacja Dziekanatu:  
podanie złożono dnia :.....

.....  
(podpis pracownika)