

.....
(imię i nazwisko)

Kalisz, dnia

.....
(kierunek)

Poziom studiów: I stopnia, II stopnia*

Tryb studiów: stacjonarne, niestacjonarne*

Numer albumu:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Data obrony:

Uniwersytet Kaliski
im. Prezydenta Stanisława
Wojciechowskiego
ul. Nowy Świat 4
62-800 Kalisz

Uprzejmie proszę o wydanie odpisu dyplomu ukończenia studiów w tłumaczeniu na język angielski/francuski/hiszpański/niemiecki/rosyjski*

Proszę również o wydanie suplementu do dyplomu w języku angielskim**

.....
(podpis absolwenta)

* niepotrzebne skreślić

** zaznaczyć w przypadku chęci otrzymania suplementu w języku angielskim