………………………

 *(miejscowość i data)*

**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA**

**POTWIERDZAJĄCEGO KWALIFIKACJE ZAWODOWE**

|  |
| --- |
| Nazwisko i imię: |
|  |
| Nazwisko w chwili ukończenia studiów: |
|  |
| Kierunek studiów: |
|  |
| Specjalność: |
|  |
| Rok ukończenia studiów: |
|  |
| Nr indeksu: |
|  |
| Nr dyplomu: |
|  |
| Imiona rodziców: |
|  |
| Data i miejsce urodzenia: |
|  |
| Adres, na który ma zostać wysłany oryginał zaświadczenia: |
|  |
|  |
| Adres e-mail, na który ma zostać wysłany skan zaświadczenia: |
|  |
| Telefon kontaktowy: |
|  |
| Zgoda na przetwarzanie danych osobowych: |
| **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu potwierdzenia kwalifikacji nabytych przeze mnie w Uniwersytecie Gdańskim.** | Tak\* | Nie\* |
|  |  |
| Treść wniosku |
| **Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie zaświadczenia potwierdzającego uzyskanie przeze mnie kwalifikacji w zakresie:** |

\* Należy wstawić znak X we właściwym polu.

………………………………………………

 *(podpis wnioskodawcy)*