………………………

*(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)*