**Wniosek o wydanie zaświadczenia o okresie studiów i programowym czasie ich trwania**

Proszę o wydanie zaświadczenia o okresie studiów na Uniwersytecie Przyrodniczym we Wrocławiu Wydział Medycyny Weterynaryjnej (dawniej Akademia Rolnicza we Wrocławiu) celem przedłożenia   
w ……………………………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………………………………

(nazwa instytucji)

**Dane osobowe:**

Imię/Imiona:……………………………………………………………………………………………… Nazwisko (obecne i z okresu studiów):…………………………………………………………..  
Data i miejsce urodzenia:………………………………………………………………………… Wydział:………………………………………………………………………………………….. Kierunek:…………………………………………………………………………………………   
Lata studiów (rozpoczęcie i zakończenie):……………………………………………………....  
Numer dyplomu …………………………………..……...………………………….   
Telefon kontaktowy:………………………………………..……………………………………   
Adres do korespondencji :………………………………..………………………………………

Zaświadczenie odbiorę osobiście/ proszę wysłać na podany powyżej adres\*

*\* Oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych zamieszczoną na stronie Wydziału Medycyny Weterynaryjnej*.

………………….……………………  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

załącznik:

- kserokopia dyplomu ukończenia studiów

\* Niewłaściwe skreślić