

Załącznik nr 3 do zarządzenia nr 66/2019 z dnia 6 września 2019 r.

Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

………………………………………………………….

*(imię i nazwisko)*

………………………………………………………….

*(adres do korespondencji)*

………………………………………………………….

*(kierunek studiów)*

………………………………………………………….

*(poziom kształcenia)*

………………………………………………………….

*(forma studiów)*

………………………………………………………….

*(numer dyplomu)*

………………………………………………………….

*(tytuł zawodowy)*

**POTWIERDZENIE ODBIORU PRZEZ ABSOLWENTA DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH UKOŃCZENIE STUDIÓW**

Oświadczam niniejszym, że otrzymałem/am oryginał dyplomu ukończenia jednolitych studiów magisterskich/studiów pierwszego stopnia/studiów drugiego stopnia[[1]](#footnote-1) oraz oryginał suplementu do dyplomu wraz z ich dwoma odpisami, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

 ....................................................

 *(data i czytelny podpis absolwenta)*

Oświadczam niniejszym, że otrzymałem/am2:

dodatkowy odpis/….. dodatkowe odpisy dyplomu w języku ………………; dodatkowy odpis/ ….. dodatkowe odpisy suplementu do dyplomu w języku angielskim.

 ........................................................

 *(data i czytelny podpis absolwenta)*

1. Niepotrzebne skreślić. 2 Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-1)