Wrocław, dnia …………………..….…..

……………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

……………………………………………………………………………………

*(adres do korespondencji)*

……………………………………………………………………………………

*(e-mail, nr telefonu)*

**Sz. P.**

**Dr Sylwia Wrona**

**Dyrektor**

**Centrum Kształcenia Ustawicznego**

**w/m**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie odpisu świadectwa ukończenia studiów podyplomowych

…………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(nazwa studiów, nr edycji, rok akademicki)*

**w tłumaczeniu na język angielski.**

Kwota **80,00 zł** należna za jego wydanie **została wpłacona na moje indywidualne konto** przypisane do ww. edycji studiów.

………………………………………..……………..

*Podpis uczestnika studiów*