**Zgłoszenie do wydania zaświadczenia o ukończeniu studiów w grupie najlepszych absolwentów studiów dla celów związanych z częściowym umarzaniem kredytów studenckich**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Numer albumu |  |
| Stopień studiów |  |
| Rok ukończenia studiów |  |
| Kontakt (nr tel./adres e-mail) |  |

**Wypełnia pracownik DSS**

Zaświadczenie nr …………………………………………

* wydano w dniu ……………………………………………

Potwierdzam odbiór zaświadczenia

………………………………………  
*podpis absolwenta*

* wysłano pocztą w dniu …………………………………

………………………………………  
*podpis pracownika*