

....., data

.....
(Pieczęć Wydziału)

Nr:

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadcza się, że:

Pan/Pani:

Nr albumu:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Kierunek:

Specjalność:

Poziom studiów:

Forma studiów:

Profil kształcenia:

Data rozpoczęcia studiów:

Czas trwania studiów:

Planowany termin ukończenia studiów:

jest w roku akademickim studentem/tką kierunku roku studiów

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Pan/i **uzyskał/a zaliczenie** roku studiów w roku akademickim

Zaświadczenie wydaje się na prośbę studenta/tki.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)