

Opole, dnia

.....
Nazwisko i imię

.....
Kierunek – rok i semestr studiów

.....
Numer albumu

Studia stacjonarne/niestacjonarne*

Student/absolwent*

Studia pierwszego stopnia/drugiego stopnia/jednolite magisterskie*

.....
Adres

.....
Telefon

**Dziekanat
Wydziału Teologicznego
Uniwersytetu Opolskiego
ul. Drzymały 1a
45-342 OPOLE**

U P O W A Ż N I E N I E

Upoważniam:
Stożenie pokrewieństwa Nazwisko i imię osoby upoważnionej

legitymującego/legitymującą* się dowodem osobistym
Seria i numer dowodu osobistego

zamieszkałego/zamieszkałą* w
do odebrania w terminie do dnia niżej wymienionych dokumentów:

1. Dyplomu ukończenia studiów – oryginału
2. Dyplomu ukończenia studiów – odpisu
3. Dyplomu ukończenia studiów – odpisu w języku
4. Suplementu
5.

.....
Podpis czytelny studenta/absolwenta*

Potwierdzenie zgodności oświadczenia i autentyczność podpisu ww. osoby:

przyjęte przez pracownika WT UO w Opolu

data i podpis pracownika dziekanatu

lub

data i podpis Notariusza

*) niepotrzebne skreślić