

(NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ	<input type="text"/>	NAZWISKO	<input type="text"/>
NA ALBUMU	<input type="text"/>	SEMESTR	<input type="text"/>
KIERUNEK	<input type="text"/>		
		POZIOM	<input type="text" value="studia I stopnia / studia II stopnia *"/>

\*niepotrzebne skreślić

**WNIOSK**

**Do Właściwego  
Dziekana Wydziału**

Dotyczy dyplomu

nr: \_\_\_\_\_

data wydania: \_\_\_\_\_

**WNIOSK O WYDANIE DUPLIKATU**

- oryginału dyplomu ukończenia studiów  
 oryginału suplementu do dyplomu ukończenia studiów  
 oryginału dyplomu i oryginału suplementu do dyplomu ukończenia studiów  
 odpisu dyplomu ukończenia studiów w języku \_\_\_\_\_

Duplikat dyplomu i/lub suplementu do dyplomu wydaje się tylko i wyłącznie w przypadku utraty oryginału niniejszych dokumentów. Nie wystawia się duplikatów odpisów do dyplomu i/lub suplementu do dyplomu, z wyjątkiem odpisu dyplomu w języku obcym.

Za wydanie w/w dokumentów student uiszcza opłatę na indywidualny nr konta nadany studentowi.

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie duplikatu w/w dokumentu z powodu:

- kradzieży /  zagubienia /  zniszczenia mechanicznego /  innego: \_\_\_\_\_

\*właściwie zaznaczyć „x”

Oświadczam jednocześnie, że utraciłem/am w/w dokument w następujących okolicznościach (podać dokładny opis zdarzenia, jego czas i miejsce):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jednocześnie oświadczam, że są mi znane postanowienia regulaminu studiów WSKM w Koninie, a w szczególności dotyczące prawa do posiadania w/w dokumentu.

Oświadczam także, iż podane przeze mnie powyżej okoliczności są zgodne z prawdą.

miejsowość

data

podpis studenta

Odpowiedź do 14 dni w Dziekanacie.

**DECYZJA DZIEKANA**

Wyrażam zgodę /  nie wyrażam zgody na wydanie dokumentu stanowiącego przedmiot wniosku.

Uzasadnienie odmowy:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

miejsowość

data

pieczęć i podpis dziekana

**POUCZENIE**

Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Rektora WSKM w Koninie w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji, za pośrednictwem Właściwego Dziekana Wydziału Studiów edukacyjnych (§5, ust. 2 regulaminu studiów w WSKM w Koninie).

**POKWITOWANIE****Kwituję odbiór duplikatu:** **oryginału dyplomu ukończenia studiów**

Konin  
miejsowość

dd-mm-rrrr  
data

pieczęć i podpis dziekana

 **oryginału suplementu do dyplomu ukończenia studiów**

Konin  
miejsowość

dd-mm-rrrr  
data

pieczęć i podpis dziekana

 **oryginału dyplomu i oryginału suplementu do dyplomu ukończenia studiów**

Konin  
miejsowość

dd-mm-rrrr  
data

pieczęć i podpis dziekana

 **odpisu dyplomu ukończenia studiów w języku \_\_\_\_\_**

Konin  
miejsowość

dd-mm-rrrr  
data

pieczęć i podpis dziekana