Łódź, dnia …………………………

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

*(imię i nazwisko absolwenta)*

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

*(adres do korespondencji)*

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

*(numer telefonu kontaktowego, adres e-mail)*

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

*(nazwa wydziału i kierunek studiów)*

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

*(nr albumu)*

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DYPLOMU I SUPLEMENTU**

Upoważniam Panią\Pana\*…………………………..………………..legitymującą/legitymującego\*się dowodem osobistym/paszportem\* seria, nr…………………………….…………..… do odbioru wystawionego na moje nazwisko dyplomu ukończenia studiów wraz z suplementami.

.........................................................................

*(własnoręczny podpis absolwenta)*

Data wpływu wniosku: ..................

Podpis Dziekana lub upoważnionego pracownika dziekanatu: .........................

\*niepotrzebne skreślić