................................................................ - ............................... Opole, dnia …………… 20……… r. (nazwisko i imię) (nr albumu)

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

(rok studiów, kierunek i forma studiów – stacjonarne/niestacjonarne)

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

 (telefon kontaktowy , e-mail)

 **Dziekan**

**Wydziału Lekarskiego**  **Uniwersytetu Opolskiego**

**UPOWAŻNIENIE**

Ja niżej podpisana/podpisany

……………………………………..……………………………………………… (imię i nazwisko)

legitymująca/legitymujący się dowodem osobistym ……………………………...…………..……..……

(seria i numer dowodu)

wydanym przez …………………………………………….…………………… w dniu ………………………………,

 (organ wydający dokument tożsamości) (data wystawienia)

upoważniam …………………………….……………………………………………………….………………………….

 (imię i nazwisko osoby upoważnianej)

legitymującą/legitymującego się dowodem osobistym ……………………………………………..…….

(seria i numer dowodu)

wydanym przez …………………………………………….…………………… w dniu ………………………………,

 (organ wydający dokument tożsamości) (data wystawienia)

do odbioru mojego ……………………………………………...………………………………………………………….

(nazwa odbieranego dokumentu)

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

 (podpis osoby upoważnianej) (podpis upoważaniającego)