Załącznik nr 2 do uchwały nr 2429

Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 29 czerwca 2022 r.

Wrocław, dnia .............................

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

imię i nazwisko

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

tel. kom.

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

adres e-mail

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

adres korespondencyjny

***Sz. P.***

*……………………………………………………….*

***Dziekan Wydziału…………****...……………..*

***Uniwersytetu Medycznego***

***im. Piastów Śląskich we Wrocławiu***

**Oświadczenie o braku dokumentów**

Świadomy/a odpowiedzialności karnejz art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań **oświadczam, że nie dysponuję*\**:**

 dokumentem wydanym przez uczelnię macierzystą poświadczającym posiadanie statusu studenta określającym kierunek, rok i poziom studiów,

 zaświadczeniem o przebiegu studiów w uczelni macierzystej z uwzględnieniem uzyskanych ocen i punktów ECTS, z podpisem Dziekana lub osoby upoważnionej do podpisania,

 oficjalnym certyfikatem potwierdzającym znajomość języka …………………………..……………..,

 świadectwem dojrzałości.

Ww. dokumenty znajdują się:……………………………………………………………….………………………………..

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

 ………………………...………….

 Podpis

***\**** odpowiednie zaznaczyć - X