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

(nazwa uczelni nostryfikującej) (miejscowość i data)

Oświadczenie

Oświadcza się, że Pani/Pan ………………………………………………………………………………………………………………...

(imiona nazwisko i PESEL)

urodzonej(-emu)………………………………………………. w ……………………………………………………………………………………

 (data urodzenia) (miejsce urodzenia)

złożył(a) wniosek i ubiega się o nostryfikację na uczelni……………………………………………………………………………….

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

na podstawie dyplomu………………………………..……………………………………………………………………………………….

 (nazwa nadanego tytułu zawodowego lub nabytych uprawnień zawodowych)

wydanego w dniu…………………………………………………………………………………………………..…………………………….

(data wydania dyplomu)

przez…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa i siedziba instytucji, która wydała dyplom)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa państwa, w którego systemie szkolnictwa wyższego działa instytucja, która wydała dyplom)

Opłata za postepowanie nostryfikacyjne wynosi……………………………………………………………………………………….

opłatę należy wnieść do dnia…………………………………………………………………………………………………………..……….

na konto uczelni…………………………………………………..……………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

………………………………………………………………

 (pieczęć urzędowa uczelni nostryfikującej)