

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE

Na podstawie §2 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa wyższego z dnia 28 września 2018 roku w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie (Dz. U. z 2018 r. poz. 1881) w związku z wnioskiem skierowanym na podstawie ww. rozporządzenia do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego niniejszym oświadczam, że urodziłem się
(data urodzenia) w.....(miejsce urodzenia).

.....
(podpis)