............................................................................. Poznań, dnia .............................

imię i nazwisko

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

tel. kom.

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

adres e-mail

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

adres korespondencyjny

***Sz. P.***

*…………………………………………..*

***Dziekan Wydziału****…………………….*

***Uniwersytetu Medycznego***

***im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu***

**Oświadczenie o braku dokumentów**

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

dokumentami wydanymi przez uczelnię macierzystą poświadczającymi posiadanie statusu studenta kierunku......................................., roku oraz poziomu studiów w dniu 24 lutego 2022 r.,

odpisem posiadania pełnego wykształcenia średniego / odpisem ukończenia szkoły średniej
i odpisem świadectwa dojrzałości,\*\*

dokumentami poświadczającymi okres studiów, zdane egzaminy, zaliczenia, praktyki zawodowe.

Uzasadnienie:…………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

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

……………………………………………………………………………………………..

 ……………………….

 Podpis

***\**** odpowiednie zaznaczyć - X

***\*\**** właściwe podkreślić