……………………………..

*(data)*

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

*(imię i nazwisko wnioskodawcy)*

................................................................................. *(adres zamieszkania)*

................................................................................. *(adres e-mail)*

................................................................................. *(telefon)* ................................................................................. *(data i miejsce urodzenia)*

**Jego Magnificencja REKTOR**

**Uniwersytetu Medycznego   
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu**

**WNIOSEK**

**o wszczęcie postępowania w sprawie potwierdzenia ukończenia studiów na określonym poziomie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wszczęcie postępowania w sprawie potwierdzenia ukończenia przeze mnie studiów odbytych w : ……………………………………………………………………………………….…..,

*(nazwa instytucji wydającej dyplom, nazwa państwa, w którym działa instytucja)*

uzyskałam/uzyskałem tytuł: ……………………………………………………………………………….……

*(pełna nazwa nabytych za granicą kwalifikacji lub tytułu zawodowego)*

dnia ………………………………..

*(data wydania)*

Załączam następujące dokumenty poświadczające:

1. ukończenie studiów,
2. zaliczone zajęcia i uzyskane oceny,
3. złożone egzaminy,
4. uzyskane kwalifikacje lub uprawnienia zawodowe,
5. odbyte praktyki zawodowe lub zatrudnienie,
6. uzyskanie statutu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej, lub posiadanie zezwolenia na pobyt czasowy udzielonego w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach (Dz.U. 2017,2206 i 2282 oraz Dz. U. 2018, 107, 138, 771 i 1669)
7. oświadczenie o ukończeniu studiów, o których potwierdzenie ukończenia ubiegam się – podpisane własnoręcznie,
8. oświadczenie o miejscu i dacie urodzenia - podpisane własnoręcznie.

.............................................. *(podpis wnioskodawcy)*