

Załącznik nr 4
do Procedury przeprowadzania w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie



Łódź,

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(adres e-mail)

.....
(telefon kontaktowy)

Przewodniczący Komisji ds. Nostryfikacji
prof. dr hab. n. med. Piotr Białasiewicz

Oświadczenie o miejscu i dacie urodzenia

Oświadczam, że urodziłem/-am się w:
(nazwa miasta i państwa pochodzenia)

w dniu
(data urodzenia (dzień/miesiąc/rok))

.....
(data i podpis wnioskodawcy)