



UNIwersYTET  
MEDYCZNY  
W ŁODZI

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres do korespondencji)

.....  
(adres e-mail)

.....  
(telefon kontaktowy)

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

### WNIOSEK\*

#### **o uznanie dyplomu ukończenia studiów za granicą za równoważny odpowiedniemu polskiemu dyplomowi i tytułowi zawodowemu**

Zwracam się z prośbą o uznanie dyplomu ukończenia studiów nr..... ,  
wydanego w dniu ..... r., przez:

.....  
.....  
(pełna nazwa uczelni w oryginalnym brzmieniu, miasto, państwo)

na podstawie którego uzyskałem/-am tytuł zawodowy: .....  
za równoważny odpowiedniemu polskiemu dyplomowi i tytułowi zawodowemu.

Na studia zostałem/-am przyjęty/-a na podstawie: .....

.....  
(pełna nazwa dokumentu z miejscem wydania – miasto, państwo)

wydanego w dniu ..... r.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

#### **Załączniki:**

- 1) kopia dyplomu ukończenia studiów\*\*;
- 2) kopie dokumentów umożliwiających ocenę przebiegu studiów, uzyskiwanych efektów uczenia się i czasu trwania studiów\*\* (właściwie zaznaczyć):
  - suplement do dyplomu lub transkrypt,
  - listę przedmiotów i ocen lub indeks,

- treści lub sylabusy programowe zrealizowanych przedmiotów,
  - zaświadczenia o odbyciu praktyki zawodowej, wraz z wskazaniem czasu, miejsca jej realizacji, jeżeli stanowiła integralną część programu studiów, oraz zakres programowy
  - inne:.....
- 3) kopia świadectwa, dyplomu lub innego dokumentu, na podstawie którego wnioskodawca został przyjęty na studia\*\*;
  - 4) oświadczenie o zmianie nazwiska\*\*\*;
  - 5) oświadczenie wnioskodawcy o miejscu i dacie urodzenia.

\_\_\_\_\_

\*wniosek należy wypełnić drukowanymi literami,

\*\*wnioskodawca zobowiązany jest do przedłożenia pracownikowi dziekanatu oryginału dokumentów do wglądu,

\*\*\*oświadczenie to należy złożyć, w przypadku gdy nastąpiła zmiana nazwiska.

### OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Zapoznałem/-am się z Procedurą przeprowadzania w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie stanowiącą załącznik do zarządzenia nr 56/2021 z dnia 11 maja 2021 r. Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

.....

(miejsowość i data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

## **OŚWIADCZENIE** **o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

W oparciu o art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie mojego adresu e-mail podanego we wniosku, przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w celach informacyjnych związanych z prowadzonym postępowaniem nostryfikacyjnym,

Zostałam/zostałem poinformowany przed wyrażeniem niniejszej zgody o tym, że mogę ją w dowolnym momencie wycofać bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej również w skrócie: „RODO”):

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi (dalej w skrócie: „UM w Łodzi”), z siedzibą w Łodzi, al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): adres e-mail: [iod@umed.lodz.pl](mailto:iod@umed.lodz.pl), tel. 42 272 52 11 lub pisemnie na adres Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe podane przez Panią/Pana do celów:
  - a) przeprowadzenia postępowania nostryfikacyjnego – podstawę prawną stanowi art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z treścią rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie (Dz. U. poz. 1881),
  - b) informacyjnych związanych z prowadzonym postępowaniem nostryfikacyjnym (adres e-mail) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych przez przepisy prawa do ich przetwarzania, w szczególności podmiotów i organów publicznych.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
6. Dostęp do Pani/Pana danych osobowych wewnątrz struktury organizacyjnej Administratora będą mieć wyłącznie upoważnieni przez Administratora pracownicy w niezbędnym zakresie.
7. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3 powyżej, a następnie przez czas określony dla poszczególnych symboli kategorii archiwalnej, którym jest oznaczona dokumentacja zgromadzona w UM w Łodzi zgodnie z Jednolitym Rzeczym Wykazem Akt Uniwersytetu Medycznego w Łodzi opracowanym na podstawie rozporządzenia Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej. Adres e-mail będzie natomiast przetwarzany do czasu wycofania zgody.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, prawo do usunięcia danych (z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 17 ust. 1 lit. b RODO), prawo do ograniczenia przetwarzania (z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa

w art. 18 ust. 2 RODO), oraz prawo do przenoszenia danych (dot. przetwarzania danych w postaci adresu e-mail w związku z przetwarzaniem adresu e-mail na podstawie zgody).

9. W zakresie przetwarzania adresu e-mail na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do jej cofnięcia w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Podanie danych osobowych w zakresie prowadzenia postępowania jest objęte wymogiem prawnym, a w pozostałym zakresie jest całkowicie dobrowolne.
12. Decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

---

**Wypełnia pracownik dziekanatu**

**Dokument przyjęto w dniu .....**

.....  
(pieczęć imienna i podpis osoby przyjmującej dokumenty)