Załącznik nr 3

do Regulaminu postępowania nostryfikacyjnego stopnia naukowego nadanego za granicą



Łódź, ...................................

……………………………………………..

*(imię i nazwisko wnioskodawcy)*

*………………………………………*…………

*(stopień naukowy)*

**Przewodniczący Rady Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Oświadczenie o miejscu i dacie urodzenia**

Oświadczam, że urodziłem się w ……………………………………………………………………

*(nazwa miasta i państwa pochodzenia)*

dnia ……………………………………………………

*(data urodzenia (dzień/miesiąc/rok))*

……………………………………………

*(data i czytelny podpis wnioskodawcy)*