Załącznik nr 2

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 wnioskodawcy**

Oświadczam, że stopień naukowy …………………………………..……………..……………..……….,

*(nazwa stopnia naukowego)*

o uznanie którego ubiegam się, stanowił/nie stanowił\* przedmiot postępowania nostryfikacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej.

……………………………………………

*(data i czytelny podpis wnioskodawcy)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*niewłaściwe skreślić.