|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Kraków, ……………………………………………………..  |
| Imię i nazwisko studenta |  |
| Nr albumu |  | Data wpływu: |
| Rok studiów / tryb  |  |
| Tel.  |  |
| email |  |
|  | **Sz. P.****Dziekan** **Wydziału Farmaceutycznego UJCM** |

**OŚWIADCZENIE o utracie legitymacji studenckiej**

Zgodnie z § 7 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 14 września 2011 r. w sprawie dokumentacji przebiegu studiów: „*W przypadku zniszczenia lub utraty legitymacji studenckiej student jest obowiązany do niezwłocznego zawiadomienia uczelni.”*

W związku z *uszkodzeniem/ zagubieniem/ kradzieżą*\*, proszę o wydanie duplikatu elektronicznej legitymacji studenckiej. Jednocześnie zobowiązuje się do wpłaty w wyznaczonym terminie należnej kwoty na indywidulany numer konta bankowego.

Niniejsze oświadczenie jest podstawą do unieważnienia utraconej legitymacji.

………………………………………………………….

P*odpis studenta*

**Decyzja Dziekana:**

\*/niepotrzebne skreślić