..................................................

(miejscowość i data)

.................................................

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Na podstawie §2 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa wyższego z dnia 28 września 2018 roku w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie (Dz. U. z 2018 r. poz. 1881) w związku z wnioskiem skierowanym na podstawie ww. rozporządzenia do Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum niniejszym oświadczam, że urodziłam/em się w dniu .......................................... w ......................................................

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

......................................................

(czytelny podpis wnioskodawcy)