|  |
| --- |
| Wniosek został złożony w Uczelni:    (data, podpis i pieczątka członka UKN/pracownika Centrum Dydaktyki)   |

……………., dnia……………..

Nazwisko i imię

**.............................................................................**

Telefon

**.............................................................................**

E-mail

**.............................................................................**

Adres do

korespondencji **.............................................................................**

**Uczelniana Komisja ds. nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

Zwracam się z prośbą o nostryfikację dyplomu seria, nr

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

 wydanego w dniu ..................................... roku przez ..............................................................

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

# (pełna nazwa instytucji w oryginalnym brzmieniu, miasto, kraj)

……………………………………………………………………. (załącznik nr 1 do wniosku),

na podstawie którego nabyłem/łam kwalifikacje/tytuł zawodowy

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

Na studia zakończone wydaniem ww. dyplomu zostałem/łam przyjęty/a na podstawie:

.....................................................………………………………………………………………..

…………………………………………………………………… (załącznik nr 2 do wniosku) *(nazwa świadectwa lub dyplomu, na podstawie którego osoba ubiegająca się o nostryfikację dyplomu uzyskanego za granicą została przyjęta na studia zakończone wydaniem tego dyplomu)*

wydanego w dniu …………………….…… roku przez ………………………………………...

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

# (pełna nazwa instytucji w oryginalnym brzmieniu, miasto, kraj)

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z postanowieniami Regulaminu postępowania w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów wyższych uzyskanych za granicą prowadzonego w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach oraz klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych dla osób ubiegających się o nostryfikację dyplomu ukończenia studiów wyższych uzyskanych za granicą, dostępną na stronie internetowej ww.sum.edu.pl w zakładce *Nostryfikacja.*

 ………………………………..…

 podpis Wnioskodawcy

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1………………………………………………………………………………………………… 2…………………………………………………………………………………………….…...

3. …………………………………………………………………………………………….….

4. …………………………………………………………………………………………..….... 5………………………………………………………………………………………………… 6……………………………………………………………………………………………….... 7…………………………………………………………………………………………………

8……………………………………………………………………………………………..…...

9. …………………………………………………………………………………………….….. 10. …………………………………………………………………………………………….… 11…………………………………………………………………………………………….…..

12………………………………………………………………………………………………...

13…………………………………………………………………………………………….…..

14…………………………………………………………………………………………….…..

15. …………………………………………………………………………………………….… 16 …………………………………………………………………………………………….….

17………………………………………………………………………………………………... 18…………………………………………………………………………………………….......

 ………………………………..…

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)