

Wniosek został złożony w Uczelni:

(data, podpis i pieczęć 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 nr

wydanego w dniuroku przez:

.....
pełna nazwa uczelni w oryginalnym brzmieniu, miasto, kraj

na podstawie którego uzyskałem/am tytuł zawodowy.....

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