Kraków, dnia …………………………..

……………………………………………..

*(imię i nazwisko wnioskodawcy)*

*………………………………………*…………

*(adres zamieszkania)*

……………………………………………..

*(adres do korespondencji)*

……………………………………………..

(*adres e-mail)*

……………………………………………..

*(telefon)* **Rada Wydziału Lekarskiego**

**Uniwersytetu Jagiellońskiego**

**Collegium Medicum**

**31-008 Kraków, ul. Św. Anny 12**

**Wniosek**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wszczęcie postępowania nostryfikacyjnego dyplomu ukończenia studiów wyższych: …………………………………………………………………………………………………………

*(nr dyplomu, pełna nazwa nabytych za granicą kwalifikacji lub tytułu zawodowego* )

uzyskanego za granicą …………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa państwa, w którego systemie szkolnictwa wyższego działa instytucja, która wydała dyplom, data wydania dyplomu )*

…………………………………………………………………………………………………

*(nazwa instytucji która wydała dyplom)*

……………………………………………………………………………………………………………

*( nazwa świadectwa, dyplomu lub innego dokumentu na podstawie którego osoba, ubiegająca się o nostryfikację   
 została przyjęta na studia)*

**Uzasadnienie**

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

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

Do niniejszego wniosku przedkładam następujące załączniki:

1. kopię dyplomu ukończenia studiów – oryginał do wglądu,
2. kopię dokumentów umożliwiających ocenę przebiegu studiów, uzyskiwanych efektów kształcenia i czasu trwania studiów – oryginał do wglądu,
3. kopie świadectwa, dyplomu lub innego dokumentu na podstawie którego osoba, ubiegająca się o nostryfikację została przyjęta na studia – oryginał do wglądu,
4. oświadczenie osoby ubiegającej się o nostryfikację o miejscu i dacie urodzenia,
5. tłumaczenia na język polski dokumentów o których mowa w pkt. 1-3 sporządzonego przez tłumacza przysięgłego wpisanego na listę tłumaczy przysięgłych prowadzoną przez Ministra Sprawiedliwości,
6. życiorys w języku polskim,
7. kopię dokumentu tożsamości – oryginał do wglądu.

…………………………………………

*( podpis wnioskodawcy)*

Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/łem się z:

1. [Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie (Dz.U. 2018 poz. 1881)](https://wl.cm.uj.edu.pl/cm/uploads/2019/01/D20181881.pdf)
2. Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum z dnia 19 września 2013r. zmienioną uchwałą z dnia 14.12.2017 r. i akceptuję treści w nich zawarte.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia procesu nostryfikacji.

………………………………………….. ………………………………

*( miejscowość, data )* *(podpis wnioskodawcy)*