Kraków, dnia .........................................

*......................................................................****/***nazwisko i imię osoby ubiegającej się o nostryfikację stopnia/

**OŚWIADCZENIE**

W uzupełnieniu wniosku z dnia ......................................... o uznanie stopnia naukowego uzyskanego za granicą za równoważny z odpowiednim polskim stopniem naukowym doktora/doktora habilitowanego\* w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplinie: nauki medyczne, oświadczam, że urodziłem (-am) się:

1. …………………………………………………………………………………………………...

***/***miejsce urodzenia/

1. …………………………………………………………………………………………………...

***/***data urodzenia/

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

/podpis osoby ubiegającej się  
o nostryfikację stopnia/

\* nieodpowiednie skreślić