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

1. dotychczas nie ubiegałem (-am) się o uznanie stopnia naukowego uzyskanego
za granicą za równoważny z odpowiednim polskim stopniem naukowym
2. ubiegałem (am) się o uznanie stopnia naukowego uzyskanego za granicą
za równoważny z odpowiednim polskim stopniem naukowym w .....................................

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

***/***adres i nazwa placówki/

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

/podpis osoby ubiegającej się
o nostryfikację stopnia/

\* nieodpowiednie skreślić