……………………………..

*(data)*

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

*(imię i nazwisko wnioskodawcy)*

.................................................................................   
*(adres zamieszkania)*

.................................................................................   
*(adres e-mail)*

.................................................................................   
*(telefon)* .................................................................................   
*(data i miejsce urodzenia)*

**Jego Magnificencja REKTOR**

**Uniwersytetu Medycznego   
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu**

**WNIOSEK**

**o wszczęcie postępowania w sprawie nostryfikacji dyplomu ukończenia studiów**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wszczęcie postępowania nostryfikacyjnego mojego dyplomu

……………………………………………………….. wydanego dnia ………………………………………r. *(pełna nazwa nabytych za granicą kwalifikacji lub tytułu zawodowego) (data wydania)*

przez....................................................................................................................................................................... *(nazwa instytucji wydającej dyplom, nazwa państwa, w którym działa instytucja, która wydała dyplom)*

Załączam następujące dokumenty:

1. dyplom ukończenia studiów: …………………………………………………………………………..……,
2. dokumenty umożliwiające ocenę przebiegu studiów, uzyskiwanych efektów uczenia się i czasu trwania studiów:………………………………………………………………………………………..……,
3. świadectwo, dyplom lub inny dokument, na podstawie którego osoba została przyjęta   
   na studia:………………………………………………………………………………………………...…...,
4. oświadczenie o miejscu i dacie urodzenia - podpisane własnoręcznie,
5. inne: …………………………………………………………………………………………………………

..............................................   
*(podpis wnioskodawcy)*