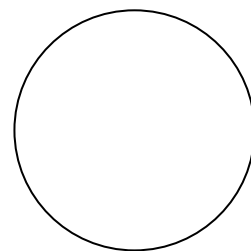


/papier firmowy Dziekanatu/



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY  
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW

Nazwa jednostki



Warszawa, dnia ..... r.

Numer rejestru: .....

## ZAŚWIADCZENIE

Dziekanat .....

(nazwa wydziału)

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zaświadcza, że Pan/i .....

(imię/imiona i nazwisko, nazwisko rodowe)

(nr PESEL  / nr paszportu \* .....

jest, w roku akademickim ..... / ....., studentem/tką ..... roku,

na kierunku ..... w specjalności .....

studiów .....

(tryb i poziom studiów – stacjonarnych / niestacjonarnych, jednolitych mgr, I-go stopnia, II-go stopnia)

(nr albumu .....).

m.p.

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej

\* dotyczy studentów obcokrajowców nieposiadających nr PESEL

ul. ...