Imię i Nazwisko Studenta

Adres:

Wydział Farmaceutyczny

……..rok, kierunek

studia jednolite magisterskie/I stopnia/II stopnia

stacjonarne

nr albumu:

telefon kontaktowy:

**OŚWIADCZENIE**

Stosownie do obowiązującego Regulaminu Studiów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie informuję, iż zmianie uległy moje dane, tj.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji, zgodnie z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (tj. Dz. U. 2018 poz. 1600 ze zm.) („Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym potwierdzonym stosownymi dokumentami.

Prawdziwość informacji podanych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

*…………......................................................................* (data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)