Lublin, dnia ..……20…r.

………………………………………

Imię i Nazwisko

**Wydział Nauk o Zdrowiu**

………………………………………

Rok i kierunek studiów

Studia I /II stopnia/jdm

Studia stacjonarne/niestacjonarne

Nr albumu ………………………..

Telefon kontaktowy ……………..

**OŚWIADCZENIE**

Na podstawie § 20 ust. 5 Regulaminu studiów informuję, iż zmianie uległy moje dane osobowe, tj.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji, zgodnie z art. 233 § 1 k.k. („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 do lat 3”) 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)