Warszawa, dnia ……………….………

………………………………………………

*(imię i nazwisko wnioskodawcy)*

………………………………………………

………………………………………………

*(adres korespondencyjny)*

………………………………………………

*(adres e-mail)*

………………………………………………

*(numer telefonu)*

Uniwersytet Warszawski

ul. Krakowskie Przedmieście 26/28

00-927 Warszawa

WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE POSTĘPOWANIA NOSTRYFIKACYJNEGO

Zwracam się z prośbą o przeprowadzenie postępowania nostryfikacyjnego względem dyplomu ukończenia studiów za granicą:

* numer dyplomu: ...............................................................................................................;
* data wydania dyplomu: …………………………………................................................;
* nazwa i siedziba instytucji, która wydała dyplom: ………………………………………

…………………………………………………………………………………………..;

* nazwa państwa, w którego systemie szkolnictwa wyższego działa instytucja, która wydała dyplom: ………………………………………………………………………...;
* nazwa nadanego tytułu zawodowego lub nabytych uprawnień zawodowych:

…………………………………………………………………………………………..;

* informacje pozwalające ustalić właściwą radę dydaktyczną do zaopiniowania wniosku (wskazanie dyscypliny wiodącej, której dotyczy wniosek lub rady dydaktycznej właściwej do oceny merytorycznej przedmiotowego wniosku): ……………………… ………………………………………………………………………………………......;
* informacje o dokumencie na podstawie, którego wnioskodawca został przyjęty na studia, w wyniku ukończenia których uzyskał dyplom przedkładany do nostryfikacji (nazwa, numer, data wydania, nazwa instytucji, która wydała dokument oraz nazwa państwa, w którego systemie szkolnictwa działa instytucja, która wydała dokument): ……………………………………………………………………………………..…….

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

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

*(podpis wnioskodawcy)*

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych w postępowaniu nostryfikacyjnym.

*….................................................................................................*

*(miejscowość, data i podpis wnioskodawcy)*