…………………………………………………..

Pieczątka jednostki organizacyjnej Wrocław, dnia………………………

**Oświadczenie o danych wprowadzonych do Systemu POL-on w Wykazie instytucji szkolnictwa wyższego i nauki w zakresie Projektów naukowych**

Oświadczam, że dane w **Wykazie instytucji szkolnictwa wyższego i nauki**, o którym mowa
w art. 342 ust. 3 pkt 4 oraz art. 346 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo
o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668 z późn. zm.), w zakresie **Projektów naukowych** zgodnie z art. 365 pkt 5, 7, 9, 11, 12 – których zakres i terminy sprawozdawcze określa dodatkowo rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 6 marca
2019 r. w sprawie danych przetwarzanych w Zintegrowanym Systemie Informacji
o Szkolnictwie Wyższym i Nauce (Dz. U. 2019 poz. 496 z późn.zm.), wprowadzone przez **Uniwersyteckie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych** do systemu POL-on, **są zgodne/ nie są zgodne\*** ze stanem faktycznym – według stanu na dzień 31 grudnia 2023 r.

Zakres niekompletności lub niezgodności: ..................................................................................

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

Przyczyny niekompletności lub niezgodności: ............................................................................

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

 ……………………………………… ………………………………………

 pieczęć i podpis Dyrektora pieczęć i podpis

 Uniwersyteckiego Centrum Prorektora ds. Nauki UMW

 Wsparcia Badań Klinicznych

\* Skreślić niewłaściwe