……………………………

Pieczątka Wydziału Wrocław, dnia………………………

**Oświadczenie o danych wprowadzonych do Systemu POL-on
w wykazie instytucji systemu szkolnictwa wyższego i nauki**

Oświadczam, że dane w **wykazie instytucji systemu szkolnictwa wyższego i nauki**, o którym mowa w art. 342 ust. 3 pkt 4 oraz art. 346 ust. 1 pkt 6-10 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668 z późn. zm.), 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 **Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu** do modułu **Kierunki studiów** w systemie POL-on 2.0, **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 pieczęć i podpis Dziekana

Kierownika Dziekanatu

\* Skreślić niewłaściwe