……………………………

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

**Oświadczenie o danych wprowadzonych do Systemu POL-on   
w repozytorium pisemnych prac dyplomowych**

Oświadczam, że dane w **repozytorium pisemnych prac dyplomowych**, o którym mowa   
w art. 342 ust. 3 pkt 5 oraz w art. 347 ust 1. ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo   
o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668 z późn. zm.), których tryb, terminy   
i sposób sprawozdania 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 systemu 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