……………………………

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

**Oświadczenie o danych wprowadzonych do Systemu POL-on
w wykazie studentów**

Oświadczam, że dane w **wykazie studentów**, w tym w zakresie pomocy materialnej, o którym mowa w art. 342 ust. 3 pkt 2 oraz art. 344 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 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 pieczęć i podpis Dziekana

 Kierownika Dziekanatu

\* Skreślić niewłaściwe