………………………………………………….

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

**Oświadczenie o danych wprowadzonych do Systemu POL-on w bazie osób upoważnionych do podpisywania dokumentów**

Oświadczam, że dane w **bazie osób upoważnionych do podpisywania dokumentów**, o której mowa w art. 342 ust. 3 pkt 7 oraz w art. 349 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo
o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742 z późn. zm.), których zakres i terminy sprawozdawcze określa dodatkowo rozporządzenie Ministra Nauki z dnia 12 września 2024 r. w sprawie danych przetwarzanych w Zintegrowanym Systemie Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauce POL-on (Dz. U. z 2024 poz. 1403), wprowadzone przez **Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego** do systemu POL-on w zakresie świadectw
i zaświadczeń o ukończeniu studiów podyplomowych, **są zgodne/ nie są zgodne\*** ze stanem faktycznym – według stanu na dzień 31 grudnia 2024 r.

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

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

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

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

 …………………………… ………………………………….

 pieczęć i podpis pieczęć i podpis

 Kierownika Studium Dziekana

\* Skreślić niewłaściwe