……………………………

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. 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 **Dziekanat Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego** do modułu **Kierunki studiów** w systemie POL-on, **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 Dziekana

 Kierownika Dziekanatu

\* Skreślić niewłaściwe