……………………………

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. z 2023 r. poz. 742 z późn. zm.), których tryb, terminy
i sposób sprawozdania 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 Nauk o Zdrowiu i Wydziału Fizjoterapii** do systemu POL-on w zakresie kierunku **zdrowie publiczne**, **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