……………………………

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. 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 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