**Ankieta osobowa do wniosku o wszczęcie**

**postępowania nostryfikacyjnego dyplomu lekarza**

**na Uniwersytecie Medycznego im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko: | ................................................................................................................... |
| Imię (imiona): | ................................................................................................................... |
| Imię ojca: | ................................................................................................................... |
| Data urodzenia: |  dzień miesiąc rok  |
| Miejsce urodzenia: | …………………………………………………………………………………………………………….. |
| Obywatelstwo: | ................................................................................................................... |
| Płeć: | ................................................................................................................... |
| Adres pod który ma być wysyłana korespondencja: ulica i numer domu: | ................................................................................................................... |
| kod pocztowy i miejscowość: | ................................................................................................................... |
| kraj: | ................................................................................................................... |
| numer telefonu: | ................................................................................................................... |
| e-mail: | ................................................................................................................... |
|  |  |
|  |  |

**Oświadczenie:**

1. Oświadczam, że wszystkie dane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą oraz wszystkie dołączone do wniosku o przeprowadzenie postępowania nostryfikacyjnego dokumenty są autentyczne.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu na potrzeby prowadzonego postępowania weryfikacyjnego.

data: dzień miesiąc rok

podpis ......................................................................................................................................