

Pieczętka instytucji

Miejscowość , data

J.M. REKTOR
Uniwersytetu Medycznego
we Wrocławiu

Ze względu na zbliżający się termin wygaśnięcia uprawnień do dostępu do informacji niejawnych oraz konieczność ich posiadania na zajmowanym stanowisku ,proszę o wyrażenie zgody na przeprowadzenie zwykłego postępowania sprawdzającego w celu wydania poświadczenia bezpieczeństwa uprawniającego do dostępu do informacji niejawnych oznaczonych klauzulą tajności „poufne”

wobec :

1. Imię (imiona) -
2. Nazwisko (w tym rodowe) -
3. Nr PESEL -
4. Imię ojca -

Data , pieczętka i podpis kierownika jednostki organizacyjnej.