

.....
Pieczęć 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. 2018 poz. 1668 z późn. zm.), których zakres i terminy sprawozdawcze określa dodatkowo rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 6 marca 2019 r. w sprawie danych przetwarzanych w Zintegrowanym Systemie Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauce (Dz. U. 2019 poz. 496 ze zm. Dz.U. 2021 poz. 70), wprowadzone przez **Dziekanat Wydziału Lekarsko - Stomatologicznego** do modułu **Kierunki studiów** w systemie POLon 2.0, **są zgodne/ nie są zgodne*** ze stanem faktycznym – według stanu na dzień 31 grudnia 2021 r.

Zakres niekompletności lub niezgodności:

.....

Przyczyny niekompletności lub niezgodności:

.....

.....
pieczęć i podpis
Kierownika Dziekanatu

.....
pieczęć i podpis Dziekana

* Skreślić niewłaściwe