

.....  
Pieczęć 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. 2018 poz. 1668 z późn. zm.), których tryb, terminy i sposób sprawozdania 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. 71), wprowadzone przez **Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu** do systemu POL-on 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