

.....  
Pieczęćka 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. 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.71), wprowadzone przez **Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu** do systemu POL-on, **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