*Nostryfikacja dyplomu ukończenia studiów*

…………………………………….…………

*(miejscowość i data)*

………………………………..…………………..…………

*(imię i nazwisko)*

………………………………..…………………..…………

………………………………..…………………..…………

*(adres zamieszkania)*

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Zgodnie z § 2 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 września 2018 r. *w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie* (Dz.U. 2018 poz. 1881) do wniosku skierowanego na podstawie ww. rozporządzenia do Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach niniejszym oświadczam, że urodziłam/-em się *w* ……………………………………………………………………….………….. *(proszę podać miejsce urodzenia)* dnia …………………………………………….……………………… *(proszę podać datę urodzenia)*

…………………………….………………………………

*(podpis)*