

# CERTYFIKAT



(PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

## CZĘŚĆ I. Wypełnia zawodnik – uczestnik Mistrzostw Polski Uczelni Medycznych

Imię i nazwisko					
Data i miejsce urodzenia				Numer albumu	
	dzień / miesiąc / rok / miejscowość				
Pełna nazwa Uczelni oraz miejscowość					
Wydział					
Rodzaj i rok studiów	Pierwszego stopnia* (licencjackie i inżynierskie)	Drugiego stopnia* (magisterskie)	Trzeciego stopnia* (doktoranckie)	Rok studiów	
	Stacjonarne*	Niestacjonarne*	Jednolite studia magisterskie*		
<b>Upředzony o odpowiedzialności karnej z art. 272 Kodeksu karnego za wyłudzenie poświadczenia nieprawdy lub podstępne wprowadzenie w błąd, potwierdzam prawdziwość powyższych danych własnoręcznym podpisem.</b>					
Oświadczam, że znam Regulamin II MPUM 2012/14 i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych w związku z uczestnictwem w Akademickich Mistrzostwach Polski (wyniki / statystyki).					
<b>Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na udział w rywalizacji sportowej w ramach MPUM</b> (na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dn. 12.09.2001 r. Dz.U. nr 101)					
czytelny podpis zawodnika					

\* - niepotrzebne skreślić

## CZĘŚĆ II. Wypełnia Uczelnia (przedstawiciel Władz Uczelni lub osoba przez Niego upoważniona – pracownik Dziekanatu, Rektoratu)

W imieniu Uczelni potwierdzam zgodność danych przedstawionych w części I Certyfikatu ze stanem faktycznym.		oficjalna pieczęć Uczelni	
podpis i pieczęć osoby wypełniającej	data	miejscowość	
data		podpis i pieczęć Kierownika Studium WFIS	

**Niniejszy certyfikat jest ważny na 6 miesięcy od daty wystawienia (data w części II – wypełnianej przez uczelnię).**

Komitet Koordynujący

ul. Wojciecha z Brudzewa 12a, 51-601 Wrocław, tel/fax: (71) 348 65 09, e-mail: [info@mpum.pl](mailto:info@mpum.pl) & [stwfis@ak.am.wroc.pl](mailto:stwfis@ak.am.wroc.pl)