………………………………………………………………………. …………………...………

 imię i nazwisko miejscowość, data

………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………

 miejsce stałego zamieszkania

…………………………………………………………………………..

 adres dla korespondencji

………………………………………………………………………….

 dane kontaktowe (adres mailowy, nr telefonu)

**Rada Wydziału Lekarskiego**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**Wniosek o przeprowadzenie procedury nostryfikacyjnej**

Zwracam się z prośbą o przeprowadzenie procedury nostryfikacji dyplomu lekarza dentysty uzyskanego w roku………….(ddmmrrrr) o numerze……………… wydanym przez

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa ukończonej uczelni, kraj, miasto)

uzyskanego ( data wydania dyplomu……………………. o numerze ………..………………w

………………………………………………………………………….………………..

 (pełna nazwa instytucji która wydała dyplom)

 …………………………………………………….……………………………………

(nazwa państwa, w którego systemie szkolnictwa wyższego działa instytucja, która wydała dyplom, pełna nazwa uczelni )

…………………………………………………………………………………………..

**W załączeniu dokumenty:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Kopia oryginału dyplomu ( oryginał do wglądu)  |  |
| 2. | Kopia tłumaczenia oryginału dyplomu |  |
| 3. | Kopia oryginału suplementu do dyplomu (oryginał do wglądu) |  |
| 4. | Kopia tłumaczenia oryginału suplementu do dyplomu |  |
| 5. | Życiorys |  |
| 6. | Zaświadczenie o akredytacji uczelni w dniu wydania dyplomu |  |
| 7.  | Kopia Świadectwa lub dyplomu na podstawie którego nastąpiło przyjęcie na studia wyższe (oryginał do wglądu) |  |

Wszystkie dostarczone dokumenty muszą zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego wpisanego na listę tłumaczy przysięgłych prowadzoną przez Ministra Sprawiedliwości: [bip.ms.gov.pl/pl/rejestry-i-ewidencje/tlumacze-przysiegli/lista-tlumaczy-przysieglych](http://bip.ms.gov.pl/pl/rejestry-i-ewidencje/tlumacze-przysiegli/lista-tlumaczy-przysieglych/) albo sporządzonego lub poświadczonego przez właściwego konsula Rzeczpospolitej Polskiej.

………………………………………….…

czytelny podpis osoby składającej podanie

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dokumenty przyjęto Łódź, dn**…………………………**

Na studia zostałem/am przyjęty/a na podstawie;

………………………………………………………………………...........................................

.............................................................................................................. w roku.............................

(pełna nazwa dokumentu z miejscem uzyskania – miasto, kraj)

**Inne składane dokumenty:**

1…………………………………………………………………………………………………..

2…………………………………………………………………………………………………..

**Oświadczam**, iż zapoznałam się/zapoznałem się\* z Zasadami przeprowadzenia nostryfikacji dyplomu lekarza - dentysty na Wydziale Lekarskim UM w Łodzi i je akceptuję

\*Niepotrzebne skreślić

 ……………………………………………………….

 czytelny podpis osoby składającej podanie