........................................................

*Imię i nazwisko studenta* Łódź, dnia.....................................

........................................................

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

........................................................

*Rok studiów / rodzaj studiów ( st. / nst. )*

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Dziekanat Wydziału Lekarskiego**

**Oddziału Stomatologicznego**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**OŚWIADCZENIE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Zwracam się z wnioskiem o zmianę danych osobowych (imię, nazwisko, adres zameldowania, adres do korespondencji\*).

z …………………………………………………………………………………………………

na ……………………………………………………………………………………………….

**W załączeniu\*:**

1. Odpis skrócony aktu małżeństwa (w przypadku zmiany nazwiska) Oryginał do wglądu

2. Dowód osobisty - do wglądu

3. Zaświadczenie o zmianie adresu zameldowania

4. Decyzja administracyjna o zmianie imienia/nazwiska.

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

*Ulica, nr domu*

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

*Kod pocztowy, miejscowość*

…………………………

*Data, podpis studenta*

\* Niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
|  |

**Zmiany dokonano dnia**……………………

………….........…………………………

*Data, podpis i pieczątka pracownika Dziekanatu*