

.....  
(imię i nazwisko)

Kraków, dnia.....r.

**WYDZIAŁ LEKARSKI**

Kierunek: Lekarski

Numer albumu:.....

Rok studiów:..... Semestr:.....

Studia stacjonarne

Poziom studiów: studia jednolite magisterskie

## Oświadczenie

Oświadczam, iż zmianie uległy moje dane *osobowe/adresowe\**. Zgłaszam zmianę:

- **paszportu\***

Z ..... na.....  
na podstawie aktu małżeństwa/decyzji administracyjnej\* o numerze.....

- **adresu zameldowania\***

Z .....  
na .....

- **adresu korespondencyjnego\***

Z.....  
na.....

- **adresu mailowego\***

Z ..... na.....

- **telefonu kontaktowego\***

Z ..... na.....

.....  
(czytelny podpis studenta)

Załączniki:

1. ....
2. ....

\* niepotrzebne skreślić