…..………………. dn. ………… r.

*(miejsce wystawienia)*

………………………………………………………..

*(imię i nazwisko studenta, numer albumu)*

…………………………………………………..……

*(wydział, kierunek studiów, rok studiów, poziom i forma studiów)*

**OŚWIADCZENIE STUDENTA**

**dotyczące**

**otrzymania elektronicznej legitymacji studenckiej**

Oświadczam, że obecnie posługuję się ważną elektroniczną legitymację studencką, którą otrzymałem/-am na **Wydziale Medycznym PWr**

nazwa wydziału

na kierunku studiów: **Lekarskim**

nazwa kierunku studiów

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

*(podpis studenta)*

*\*niepotrzebne skreślić*