|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………..(Imię i nazwisko)  | ………………………………………,…………………………….  (miejscowość), (data) |

……………………………………………………………………….

 (Adres)

……………………………………………………………………….

 (Adres c.d.)

……………………………………………………………………….

 (Nr telefonu)

……………………………………………………………………….

 (email)

Do

Rektora Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wnoszę o przeprowadzenie postępowania nostryfikacyjnego w celu uznania przedłożonego przeze mnie dyplomu ukończenia studiów wyższych na kierunku ………….....…………………………. na …………………….........................................……………………………… w ………………………………………… za równoważny z polskim dyplomem Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu i tytułem zawodowym …………………..............……………………..

(nazwa uczelni)

(miejscowość, kraj)

Z wyrazami szacunku,

……………………………………………………………………….

(Imię i nazwisko oraz odręczny podpis)

Załączniki:

1. Wypełniona ankieta osobowa

2.

3.

4.

5.

6.

7.