**Oświadczenie o zmianie danych osobowych**

……………………………………………………………………………

*Imię i nazwisko*

Wydział Farmaceutyczny

……………………………………………………………………………

*Wydział*

……………………………………………………………………………

*Kierunek, Rok studiów*

Ja niżej podpisany oświadczam, że uległy zmianie moje dane osobowe w zakresie:

- zmiana nazwiska, \*

- dowód osobisty, \*

- adres zameldowania/ do korespondencji, \*

- adresy teleadresowe \*

**Poprzednie dane:**

Poprzednie nazwisko: …………………………………………………………………………

Seria i nr Dowodu Osobistego: …………….………ważny od………….…... do……….……

Wydany dnia: …………………………przez ………………………………………….........

Adres zameldowania: ……………………………………………………..………….……….

Adres do korespondencji: …………………………………………………………….………

Numer telefonu: ………………………………………………………………………..…….

Adres email: ………………………………………………………………………………….

**Nowe dane:**

Aktualne nazwisko: ………………………………………………………………………..

Seria i nr Dowodu Osobistego: …………….………ważny od………….…... do……….……

Wydany dnia: …………………………przez ………………………………………….....

Adres zameldowania: ……………………………………………………..………….…….

Adres do korespondencji: …………………………………………………………….…..

Numer telefonu: ………………………………………………………………………..….

Adres email: ……………………………………………………………………………….

*\* niepotrzebne skreślić*

…………………………………………………

Miejscowość, *data i podpis studenta*

*……………………………………………………………..*

*Data i podpis pracownika Dziekanatu WF*

*przyjmującego oświadczenie*