**Oświadczenie o zmianie danych osobowych**

……………………………………………………………………………

*Imię i nazwisko*

**Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu**

……………………………………………………………………………

*Nazwa Oddziału/ Wydziału*

……………………………………………………………………………

*Kierunek, Rok studiów*

……………………………………………………………………………

*Nr albumu*

Ja niżej podpisany oświadczam, że z dniem ……………… uległy zmianie moje dane w zakresie:

* zmiana nazwiska, \*
* dowód osobisty, \*
* adres zameldowania/ do korespondencji, \*
* adresy teleadresowe \*

**Nowe dane:**

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

Seria i nr Dowodu Osobistego: ……………………………………….……………………

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

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

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

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

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

**W załączeniu\*:**

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

…………………………………………………

*Miejscowość*, *data i podpis studenta*

*…………………………………………………..*

*Data, podpis i pieczęć pracownika Dziekanatu OPiP przyjmującego oświadczenie*