........................................................

*Imię i nazwisko studenta* Łódź, dnia.....................................

........................................................

*Nr albumu*

…………………………………….

*Wydział / kierunek*

........................................................

*Rok studiów / rodzaj studiów ( st. / nst. )*

……………………………………

*Telefon kontaktowy*

**Dziekanat Wydziału Farmaceutycznego Oddziału Medycyny Laboratoryjnej**

 *Nazwa wydziału*

**OŚWIADCZENIE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Zwracam się z wnioskiem o zmianę danych osobowych (imię, nazwisko, adres zameldowania, adres do korespondencji\*) z ……………………………………………………………………..

na………………………………………………………………………………………………...

**W załączeniu\*:**

1. Odpis skrócony aktu małżeństwa (w przypadku zmiany nazwiska) ORYGINAŁ DO WGLĄDU

2. Dowód osobisty ORYGINAŁ DO WGLĄDU

3. Zaświadczenie o zmianie adresu zameldowania

4. Decyzja administracyjna o zmianie imienia/nazwiska

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

*Ulica, nr domu*

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

*Kod pocztowy, miejscowość*

…………………………

 *Data, podpis studenta*

\* Niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
|  |

**Zmiany dokonano dnia**……………………

 ………….........…………………………

 *Data, podpis i pieczątka pracownika Dziekanatu*