Warszawa dn., ……………….

…………………………………………….

(imię i nazwisko kandydata)

…………………………………………….

(miejsce zatrudnienia)

OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Oświadczam, że wyrażam wolę przystąpienia do egzaminu w celu weryfikacji efektów uczenia się dla kwalifikacji na poziomie 8 PRK, zgodnie z Uchwałą Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego nr 19/2020 z dnia 24.02.2020 r.

…………………………………………

(podpis)