

WZÓR

.....
(nazwa uczelni nostryfikującej)

.....
(miejsce i data)

ZAŚWIADCZENIE Nr ...

Zaświadcza się, że dyplom ukończenia studiów nr

o nadaniu

(nazwa nadanego tytułu zawodowego lub nabytych uprawnień zawodowych)

wydany w dniu

(data wydania dyplomu)

przez

(nazwa i siedziba instytucji, która wydała dyplom)

.....

(nazwa państwa, w którego systemie szkolnictwa wyższego działa instytucja, która wydała dyplom)

Pani/Panu

(imiona i nazwisko)

urodzonej(-emu) W

(data urodzenia)

(miejsce urodzenia)

został uznany za równoważny z polskim dyplomem

(nazwa dyplomu)

i tytułem zawodowym

(nazwa tytułu zawodowego)

na podstawie z dnia

(nazwa i numer rozstrzygnięcia wydanego w postępowaniu nostryfikacyjnym)

Zaświadczenie jest ważne łącznie z oryginałem dyplomu albo odpisem dyplomu poświadczonym za zgodność z oryginałem.

.....
(pieczęć urzędowa uczelni nostryfikującej)

.....
(pieczęć imienna i podpis osoby reprezentującej uczelnię nostryfikującą)