

WZÓR

**ŚWIADECTWO ZŁOŻENIA LEKARSKO-DENTYSTYCZNEGO
EGZAMINU WERYFIKACYJNEGO**

Świadectwo Złożenia Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego

numer

Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych stwierdza, że

Pani/Pan

posiadająca/posiadający numer PESEL*

złożyła/złożył Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Weryfikacyjny

w dniu z wynikiem% (punktów / możliwych

Pieczęć okrągła Centrum Egzaminów Medycznych

Data wystawienia

Pieczętka, nadruk albo naklejka z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych oraz jego podpis**

Pozytywny wynik Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego otrzymuje zdający, który uzyskał co najmniej 60% maksymalnej liczby punktów z testu

Niniejsze świadectwo nie potwierdza uzyskania tytułu lekarza dentysty oraz prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty.

* W przypadku jego braku należy podać datę i miejsce urodzenia.

** Albo odwzorowanie mechaniczne podpisu.