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

imię i nazwisko data

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

telefon kontaktowy

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

Kierunek/poziom kształcenia/ rok/semestr studiów

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

numer albumu

 Pełnomocnik Rektora ds. studenckich

 **Collegium Masoviense – Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu**

 **OŚWIADCZENIE**

Informuję, że zmieniły się moje dane osobowe w zakresie:

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania:………………………………………………………………………………………………………..……..

……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Seria i nr dowodu osobistego:………………………………………………………………………………………………..

wydany przez…………………………………………………………………………………………………………………….…….

w dniu……………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon:………………………………………………………………………………………………………………….........

Email:…………………………………………………………………………………………………………………….........

INNE…………….

 podpis studenta