



Warszawska Uczelnia Medyczna

im. Tadeusza Koźłuka

00-728 Warszawa, ul. Bobrowiecka 9, www.wumed.edu.pl
tel. +48 22 559 22 00, fax: +48 22 840 73 63

Warszawa, dnia

Nr albumu

.....
(Imię i Nazwisko studenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że pracę dyplomową magisterską / licencjacką / inżynierską * pt.:

”
(tytuł pracy dyplomowej)

..... ”
(tytuł pracy dyplomowej c.d.)

przedłożoną Komisji Egzaminacyjnej Warszawskiej Uczelni Medycznej im. Tadeusza Koźłuka
przygotowałam/łem samodzielnie, korzystając jedynie z pomocy merytorycznej promotora:

.....
(Imię i Nazwisko promotora pracy)

Jednocześnie oświadczam, że ww. praca nie narusza praw autorskich w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90 poz., 631 z późniejszymi zmianami) oraz dóbr osobistych chronionych prawem cywilnym. Wszystkie wykorzystane przeze mnie źródła, w tym fragmenty prac i ustalenia innych osób, zostały odpowiednio zaznaczone z zachowaniem praw autorskich oraz wydawniczych.

Oświadczam ponadto, że niniejsza praca nie została przedstawiona do oceny w innej procedurze egzaminacyjnej ani nie była publikowana oraz że zostałem(am) uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art.272 k.k. (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz. 553).

Przyjmuję do wiadomości, że gdyby niniejsze oświadczenie okazało się niezgodne z prawdą, decyzja o wydaniu mi dyplomu może zostać cofnięta.

.....
(podpis studenta)

Potwierdzam własnoręczność podpisu Pani/Pana

.....
(Imię i Nazwisko studenta)

złożonego w mojej obecności.

promotor pracy
(podpis promotora)

data

* niepotrzebne skreślić