****

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH NA PODJĘCIE STUDIÓW W WYZSZEJ SZKOLE NAUK MEDYCZNYCH PRZEZ KANDYDATA NIEPEŁNOLETNIEGO**

My niżej podpisani wyrażamy zgodę na podjęcie studiów w Wyższej Szkole Nauk Medycznych
w Warszawie na kierunku:

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

przez niepełnoletniego syna/córkę\*

imię i nazwisko syna/córki……………………………………………………..

data i miejsce urodzenia………………………………………………………….

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

Imię i nazwisko matki /opiekuna prawnego Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego

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

Seria i numer dowodu tożsamości Seria i numer dowodu tożsamości

 lub paszportu lub paszportu

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

 Podpis matki/opiekuna prawnego Podpis ojca/opiekuna prawnego

\* za niepełnoletnią uważa się osobę, która nie ukończyła 18 roku życia