

**INSTYTUT MEDYCyny PRACY**  
**im. prof. dra med. Jerzego Nofera**

Łódź, dnia .....

[Imię i nazwisko kandydata]  
[Nr PESEL]  
[Adres do korespondencji]

**ZAŚWIADCZENIE**

W związku z wnioskiem [Imię i nazwisko kandydata] z dnia [data złożenia wniosku] o przeprowadzenie weryfikacji efektów uczenia się dla kwalifikacji na poziomie 8. Polskiej Ramy Kwalifikacji, Komisja egzaminacyjna w składzie [stopnie, imiona i nazwiska członków komisji], powołana przez Przewodniczącego Rady Naukowej Instytutu Medycyny Pracy imienia prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi w dniu [data powołania], działając na podstawie § 10 Regulaminu postępowania w sprawie nadania stopnia doktora, po przeprowadzeniu weryfikacji:

**potwierdza, że [Pan/Pani] [imię i nazwisko] [uzyskał/a] efekty uczenia się dla kwalifikacji na poziomie 8. Polskiej Ramy Kwalifikacji, uprawniające [go/ją] do ubiegania się o nadanie stopnia doktora.**

Zaświadczenie jest ważne wyłącznie w Instytucie Medycyny Pracy imienia prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi i przez okres 3 lat od dnia wydania.