



**CERTYFIKAT**

**PRZYNELEŻNOŚCI AKADEMICKIEJ 2016**

Imię i nazwisko			
Data i miejsce urodzenia		Numer albumu	
Uczelnia			
Wydział			
Numer legitymacji AZS/ISIC AZS		Rodzaj zgłoszenia	student    pracownik
Rodzaj studiów		Rok studiów	
<p><b>Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 272 Kodeksu karnego za wyłudzenie poświadczenia nieprawdy lub podstępne wprowadzenie w błąd, potwierdzam prawdziwość powyższych danych własnoręcznym podpisem.</b>          Oświadczam, że znam Regulamin Ogólny Integracyjnych Mistrzostw Polski AZS i zobowiązuję się do jego przestrzegania.          Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych w związku z uczestnictwem w Integracyjnych Mistrzostwach Polski AZS (wyniki / statystyki).  <b>Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na udział w rywalizacji sportowej w ramach IMP AZS.</b></p>		czytelny podpis zawodnika /uczestnika	

Wypełnia Uczelnia (przedstawiciel Władz Uczelni lub osoba przez Niego upoważniona - pracownik Dziekanatu, Rektoratu)

W imieniu Uczelni potwierdzam zgodność danych przedstawionych w części I Certyfikatu ze stanem faktycznym.		
podpis i pieczęć osoby wypełniającej	..... data	oficjalna pieczęć Uczelni

**Niniejszy certyfikat jest ważny od daty wystawienia (data w części II – wypełnianej przez uczelnię) do końca roku 2016.**

Certyfikat automatycznie traci swoją ważność w momencie utraty statusu studenta, uczestnika studiów doktoranckich lub pracownika uczelni.