

## ZMIANA NAZWISKA

|             |  |      |  |
|-------------|--|------|--|
| Miejscowość |  | Data |  |
|-------------|--|------|--|

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Imię i nazwisko         |  |
| Stanowisko              |  |
| Jednostka organizacyjna |  |

Oświadczam, że w dniu

zmieniłam/em nazwisko

|                               |
|-------------------------------|
| <b>DOTYCHCZASOWE NAZWISKO</b> |
|                               |
| <b>AKTUALNE NAZWISKO</b>      |
|                               |

**Potwierdzam powyższe dane i zobowiązuję się w terminie 7-miu dni zgłosić w Dziale Spraw Osobowych Uniwersytetu Jagiellońskiego - Collegium Medicum każdą zaistniałą zmianę.**

.....  
Podpis Pracownika