



CERTYFIKAT PRZYNALEŻNOŚCI AKADEMICKIEJ

(PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

CZĘŚĆ I. Wypełnia zawodnik – uczestnik Mistrzostw Polski AZS				
Imię i nazwisko				
Data i miejsce urodzenia dzień / miesiąc / rok / miejscowość		Nr albumu	
Pełna nazwa uczelni oraz miejscowość				
Wydział				
Rodzaj i rok studiów	Pierwszego stopnia* (licencjackie i inżynierskie)	Drugiego stopnia* (magisterskie)	Trzeciego stopnia* (doktoranckie)	
	Stacjonarne*	Niestacjonarne*	Podyplomowe*	Rok studiów
<input checked="" type="checkbox"/> Upředzony o odpowiedzialności karnej z art. 272 Kodeksu karnego za fałszywe zeznanie, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.			Czytelny podpis uczestnika	
<input checked="" type="checkbox"/> Oświadczam, że znam Regulamin Mistrzostw Polski AZS i zobowiązuję się do jego przestrzegania.				
<input checked="" type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych w związku z uczestnictwem w Mistrzostwach Polski AZS (wyniki / statystyki).				

* - niepotrzebne skreślić

CZĘŚĆ II. Wypełnia Uczelnia (przedstawiciel Władz Uczelni lub osoba przez Niego upoważniona)		
W imieniu Uczelni potwierdzam zgodność danych przedstawionych w części I Certyfikatu ze stanem faktycznym.	Oficjalna pieczęć Uczelni	
Podpis i pieczęć osoby wypełniającej	data	miejscowość

Niniejszy certyfikat jest ważny do końca danego roku akademickiego.

Akademicki Związek Sportowy, Zarząd Główny

ul. Kredytowa 1a, 00-056 Warszawa, tel: (22) 828 02 75, fax: (22) 849 71 36, e-mail: sport@azs.pl, Internet: <http://www.azs.pl>