**ZMIANA NAZWISKA**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oświadczam, że w dniu |  | zmieniłam/em nazwisko |
| **DOTYCHCZASOWE NAZWISKO** |
|  |
| **AKTUALNE NAZWISKO** |
|  |

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

.........................................................

 Podpis Pracownika