



UNIWERSYTET MEDYCZNY W LUBLINIE
DZIEKANAT WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU
UL. STASZICA 4/6 20-081 LUBLIN

Nazwisko i imię studenta

.....

Nr albumu

Ś LUBOWANIE
kandydata na studenta

„Wstępując do społeczności akademickiej, świadom obowiązków wobec Rzeczypospolitej Polskiej ślubuję uroczyście:

- zdobywać wytrwale wiedzę i umiejętności pracy dla dobra człowieka, dbać o godność studenta, oraz dobre imię mojej szkoły,
- darzyć szacunkiem nauczycieli akademickich,
- dbać o dobro pacjentów, zachować tajemnicę lekarską i zawodową,
- przestrzegać zasad współżycia koleżeńskiego oraz przepisów obowiązujących w Uczelni.”

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią powyższego ślubowania.

Lublin, dnia 1 października 2021 roku

.....
podpis