

**Załącznik nr 1**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(numer PESEL\*)

**Oświadczenie**

Oświadczam, że w stosunku do żadnego z kandydatów do złożenia Lekarskiego Egzaminu Końcowego /Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego\*\* przed Zespołem Egzaminacyjnym, którego będę członkiem, nie jestem:

- 1) małżonkiem;
- 2) osobą pozostającą w stosunku:
  - a) pokrewieństwa albo powinowactwa do drugiego stopnia,
  - b) przysposobienia;
- 3) osobą pozostającą we wspólnym pożyciu;
- 4) osobą pozostającą w stosunku zależności służbowej.

Oświadczam również, że nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(data, czytelny podpis)

---

\* W przypadku braku numeru PESEL należy podać datę i miejsce urodzenia.

\*\* Niepotrzebne skreślić.

**WZÓR**

**ŚWIADECTWO**  
**ZŁOŻENIA LEKARSKIEGO EGZAMINU KOŃCOWEGO**

numer .....

Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych stwierdza, że

Pani/Pan\*.....

posiadająca/posiadający\* numer PESEL\*\* .....

**złożyła/złożył\***

**Lekarski Egzamin Końcowy**

w języku .....

w dniu ..... z wynikiem ..... % (..... punktów/ ..... możliwych)

*Pieczęć okrągła*

data wystawienia: .....

*Pieczęć i podpis Dyrektora  
Centrum Egzaminów Medycznych*

\* wybrać właściwe  
\*\* w przypadku braku numeru PESEL należy podać datę i miejsce urodzenia

**Pozytywny wynik LEK otrzymuje zdający, który uzyskał co najmniej 56% maksymalnej liczby punktów z testu.  
Niniejsze świadectwo nie potwierdza uzyskania tytułu lekarza oraz prawa wykonywania zawodu lekarza.**

WZÓR

**ŚWIADECTWO**  
**ZŁOŻENIA LEKARSKO-DENTYSTYCZNEGO EGZAMINU KOŃCOWEGO**  
numer .....

Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych stwierdza, że  
Pani/Pan\* .....  
posiadająca/posiadający\* numer PESEL\*\* .....

**złożyła/złożył\***  
**Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy**  
w języku .....

w dniu ..... z wynikiem ..... % (..... punktów/ ..... możliwych)

*Pieczęć okrągła*

data wystawienia: .....

*Pieczęć i podpis Dyrektora  
Centrum Egzaminów Medycznych*

\* wybrać właściwe  
\*\* w przypadku braku numeru PESEL należy podać datę i miejsce urodzenia  
Pozytywny wynik LDEK otrzymuje zdający, który uzyskał co najmniej 56% maksymalnej liczby punktów z testu.  
Niniejsze świadectwo nie potwierdza uzyskania tytułu lekarza dentysty oraz prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty.