

## 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 dentystry oraz prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry.