|  |
| --- |
| **....................................................** Wrocław, dnia |
| (nazwa i adres jednostki organizacyjnej wnioskującej o wyrażenie zgody na brakowanie dokumentacji nieachiwalnej)AD-035- /18 |
| **Spis dokumentacji niearchiwalnej****Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**(pełna nazwa organu lub jednostki organizacyjnej, której dokumentacja niearchiwalna jest brakowana)**podlegającej brakowaniu** |
|  |
| **Lp.** | **znak akt /****znak sprawy** | **sygnatura archiwalna/ spis z natury** | **Tytuł jednostki** | **roczne** **daty** **skrajne** | **liczba jednostek** | **Uwagi** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Spis zakończono na stronie ; pozycji: , Ogólny metraż proponowanej do zniszczenia dokumentacji wynosi: mb. |

**...…………………………………..………………**

imię, nazwisko, stanowisko służbowe osoby, która sporządziła spis