

.....
(imię i nazwisko kandydata)

.....
(numer PESEL)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie stwierdzono przeciwwskazań do podjęcia przeze mnie kształcenia we „Wspólnej Szkole Doktorskiej”.

Oświadczam również, że w przypadku wystąpienia przeciwwskazań do odbywania kształcenia we „Wspólnej Szkole Doktorskiej”, ujawnionych w trakcie badania lekarskiego przeprowadzonego na zlecenie Jednostki Koordynującej w trakcie pierwszego roku kształcenia, niezwłocznie złożę rezygnację z kształcenia w tej szkole doktorskiej.

.....
data i czytelny podpis kandydata