Załącznik nr 1.3 do „Warunków i trybu rekrutacji do Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

w roku akademickim 2025/2026”

Wrocław, dnia …………….………..

…………………….…………..………….

/ tytuł zawodowy, imię, nazwisko kandydata /

…………………………………………….

………………………………….…………..

/ dokładny adres do korespondencji /

………………………………….…………..

/ numer telefonu kontaktowego /

………………………………….…………..

/ e-mail /

# Oświadczenie kandydata do Szkoły Doktorskiej UMW

**Oświadczam, że:**

1. Jestem / nie jestem/ byłem\* uczestnikiem innej szkoły doktorskiej.

Proszę podać nazwę Szkoły doktorskiej oraz okres kształcenia:

……………………………………………………………………………………………………………….

1. Jestem / nie jestem/ byłem\* uczestnikiem studiów doktoranckich.

Opiekun naukowy/promotor na studiach doktoranckich:

………………………………………..…………………………………………………….…………..…\*\* Tytuł pracy doktorskiej na studiach doktoranckich:

……………………………………………………………………………………………………….……\*\*

…………………………………………………

*/ czytelny podpis kandydata /*

* niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić w przypadku, gdy kandydat jest uczestnikiem studiów doktoranckich

**wypełnić komputerowo**