

Szkoła Doktorska

.....  
Miejscowość i data

**Oświadczenie  
o podjęciu kształcenia w Szkole Doktorskiej**

**w Akademii Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu**

**DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA:**

1. Nazwisko: .....
2. Imiona: .....
3. PESEL: .....

Oświadczam, że zgodnie z Zasadami rekrutacji do Szkoły Doktorskiej w roku akademickim 2025/2026 (Uchwała nr 5/2025 Senatu Akademii Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu z dnia 27 lutego 2025 r.) podejmuję kształcenie w Szkole Doktorskiej Akademii Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu w roku akademickim 2025/2026.

.....  
(data i czytelny podpis kandydata)