



Wrocław dnia.....

**Deklaracja podjęcia kształcenia w Szkole Doktorskiej
w Akademii Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków
we Wrocławiu**

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że zamierzam podjąć kształcenie w Szkole Doktorskiej w Akademii Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu od roku akademickiego 2024-25.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis osoby przyjętej