

.....
(imię i nazwisko kandydata)

.....
(numer kandydata)

Oświadczenie

Oświadczam, że nie stwierdzono przeciwwskazań do podjęcia przeze mnie kształcenia we „Wspólnej Szkole Doktorskiej”, w tym do podjęcia kształcenia, w ramach którego występują czynniki szkodliwe.

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 podpis kandydata)