

.....
pieczęć uczelni albo jednostki naukowej

**ZAŚWIADCZENIE O ODBYWANIU STUDIÓW DOKTORANCKICH
W SZKOLE DOKTORSKIEJ
AKADEMII WYCHOWANIA FIZYCZNEGO JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO W WARSZAWIE**

Zaświadcza się, że Pan(i)

imię i nazwisko

|_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

data urodzenia dd-mm-rrrr

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PESEL lub seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

|_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|_|

data rozpoczęcia pierwszych studiów dd-mm-rrrr

w roku akademickim/.....

jest doktorantem(ką) roku semestru

w dyscyplinie naukowej.....

|_|_| - |_|_|_|_|_|

data rozpoczęcia studiów mm-rrrr

|_|_| - |_|_|_|_|_|

planowana data ukończenia studiów mm-rrrr

.....
miejsowość, data



.....
podpis osoby upoważnionej

Numer rejestru: