………………………………….

miejscowość i data

**OŚWIADCZENIE**

**O WZNOWIENIU KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**

**POLITECHNIKI KOSZALIŃSKIEJ**

1. Nazwisko: ………………………………………………….………………………….

2. Imiona: …………………………………………………..…………………………….

3. PESEL: ………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że w roku akademickim 2023/2024 wznawiam kształcenie w Szkole Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej. Jednocześnie oświadczam, że nie jestem doktorantem w innej Szkole Doktorskiej.

Wybrany przeze mnie temat badawczy będę realizował/a\* w:………………………………..

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

wydział / katedra

Oświadczam także, że byłem/am\* doktorantem w Szkole Doktorskiej ……………………….. …………………………………………………………………………………………………..

i z tego tytułu otrzymywałem/am\* stypendium doktoranckie w okresie……………………….

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

Powodem zakończenia kształcenia w Szkole Doktorskiej………………………………………

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

było ..……………………………………………………………………………………………

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

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

*O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuję się powiadomić Dyrektora Szkoły Doktorskiej Politechniki Koszalińskiej na piśmie w terminie 5 dni kalendarzowych od wystąpienia tych zmian. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia (w przypadku ich niezgłoszenia) zobowiązuję się pokryć z własnych środków.*

………………………………….

data i czytelny podpis doktoranta

\* *- niepotrzebne skreślić*