Imię i nazwisko Doktoranta Szczecin, dn. dd.mm.rrrr

Uniwersytet Szczeciński

Wydział Kultury Fizycznej i Zdrowia

Instytut Nauk o Kulturze Fizycznej

Biblioteka Międzywydziałowa

Uniwersytetu Szczecińskiego

Al. Piastów 40 b, bud. 3

71-065 Szczecin

**OŚWIADCZENIE**

Na podstawie paragrafu 7, ust. 3. Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzania czynności w przewodzie doktorskim, w postępowaniu habilitacyjnym oraz w postępowaniu o nadanie tytułu profesora (Dz. U. 2018, poz. 261), wyrażam zgodę na udostępnienie mojej dysertacji doktorskiej pt.

***Tytuł dysertacji***

w Bibliotece Międzywydziałowej Uniwersytetu Szczecińskiego do wglądu dla zainteresowanych osób.

……………………………………

Czytelny podpis Doktoranta