



## DEKLARACJA WOLI PODJĘCIA STUDIÓW DOKTORANCKICH

### Szkoła Doktorska Nauk Ścisłych i Przyrodniczych

#### *Academia Scientiarum Thoruniensis*

.....

imię i nazwisko

.....

data urodzenia

Oświadczam, że podejmę studia doktoranckie w Szkole Doktorskiej Nauk Ścisłych i Przyrodniczych na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu w roku akademickim 2019/2020.

.....

data i czytelny podpis