Poznań, dnia........................

Proszę o wydanie zaświadczenia o uczestnictwie w Szkole Doktorskiej UPP

.......................................................................................................................................................

/imię i nazwisko Doktoranta/

........................................................... ..................................................................

/data i miejsce urodzenia/ /nr PESEL/

...........................................................

/dyscyplina/

...........................................................

/nr albumu/

............................................................... /czytelny podpis Doktoranta/