**załącznik nr 4**

do warunków i trybu rekrutacji do Szkoły Doktorskiej UMP - rok akademicki 2024/2025

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

(stopień/tytuł naukowy, imię i nazwisko oświadczającego)

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

(miejsce pracy – Jednostka UMP)

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

(telefon kontaktowy, e-mail)

**SZKOŁA DOKTORSKA PROWADZONA PRZEZ UNIWERSYTET MEDYCZNY**

**IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU**

**OŚWIADCZENIE**

**kierownika jednostki (Klinika/Zakład UMP) o zapewnieniu doktorantowi możliwości realizacji zajęć obowiązkowych i praktyk zawodowych w ramach programu szkoły doktorskiej**

Oświadczam, że w przypadku przyjęcia Pani/Pana ........................................................ do Szkoły Doktorskiej prowadzonej przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu zapewnię ww. doktorantowi możliwość realizacji wszystkich zadań związanych z kształceniem w szkole doktorskiej, w tym zajęć obowiązkowych oraz praktyk zawodowych w formie prowadzenia zajęć dydaktycznych, w wymiarze określonym w programie kształcenia.

Praktyki będą realizowane w: .....................................................................................................

(należy podać nazwę jednostki Uniwersytetu)

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

(miejscowość i data) (czytelny podpis i pieczęć oświadczającego)