

Uniwersytet Medyczny
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Wydział Lekarski I

Imię i nazwisko:
Kierunek: DIETETYKA II stopnia
Rok studiów:
Rok akademicki:

Studia: stacjonarne ☐ niestacjonarne ☐
(ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem pisania prac magisterskich obowiązującym na Wydziale Lekarskim I Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.

Tytuł wybranej przeze mnie pracy magisterskiej:

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

Opiekun pracy:

Katedra / Klinika / Zakład:

.....
Podpis i pieczęć opiekuna pracy

Poznań, dnia

.....
Podpis studenta