



**AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
WE WROCŁAWIU
WYDZIAŁ FIZJOTERAPII
STUDIA DOKTORANCKIE**
51-612 Wrocław, al. I.J. Paderewskiego 35,
tel. (71) 347 30 79 fax. (71) 347 30 81

**POTWIERDZENIE UDZIAŁU DOKTORANTA
W OBRONIE ROZPRAWY DOKTORSKIEJ**

Rok akademicki.....

Imię i nazwisko doktoranta:

Rok studiów:

Semestr.....

1. Temat rozprawy doktorskiej:

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

2. Imię i nazwisko doktoranta przystępującego do obrony rozprawy doktorskiej:

.....

3. Promotor rozprawy doktorskiej:

.....

4. Recenzenci rozprawy doktorskiej:

.....
.....

5. Data i miejsce obrony rozprawy doktorskiej (Wydział):

.....

6. Potwierdzenie udziału w obronie rozprawy doktorskiej (sekretariat, dziekanat):

Wrocław, dnia.....

.....

(pieczęć, podpis)