



**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 WYKŁADZIE DOTYCZĄCYM NAUKI**

Imię i nazwisko doktoranta:

Rok studiów:

1. Temat wykładu:

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

2. Imię, nazwisko, stopień naukowy prowadzącego wykład:

.....
.....

3. Miejsce wykładu (Uczelnia, Wydział, Instytut):

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

4. Potwierdzenie udziału w wykładzie:

Ilość godzin:.....

.....
DATA

.....
(PODPIS PROWADZĄCEGO):