****

OŚWIADCZENIE

*W związku z realizacją projektu „Interdyscyplinarne studia doktoranckie Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie ŚRODOWISKO I ZDROWIE” wyrażam zgodę na* ***realizację studiów doktoranckich*** *przez Pana/Panią:*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*w* ***zakładzie/pracowni*** *……………………………………………………………………………………………………………………….*

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis)