





## Akademia Sztuk Pięknych im. Władysława Strzemińskiego w Łodzi

Jednocześnie oświadczam, że:

- nie kształciłem/-am się w Szkole Doktorskiej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i nie pobierałem/-am stypendium doktoranckiego;
- kształciłem/-am się w Szkole Doktorskiej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nazwa Szkoły Doktorskiej/miejscowość..... i pobierałem/-am stypendium doktoranckie. Liczba pobranych stypendiów doktoranckich ....., okres kształcenia od.....do.....;
- jestem/nie jestem\* zatrudniony jako nauczyciel akademicki/ pracownik naukowy  
Stanowisko.....etat .....

Zatrudnienie od.....-do.....;

- nie będę doktorantem innej Szkoły Doktorskiej od 01.10 br.,
- będę/nie będę\* (od 01.10.br.) zatrudniony jako nauczyciel akademicki ani pracownik naukowy;
- Posiadam/nie posiadam\* orzeczenie o niepełnosprawności / orzeczenie o stopniu niepełnosprawności /orzeczenie, o którym mowa w art. 5 oraz art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.\*
- Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Dyrektora Szkoły Doktorskiej o jakichkolwiek zmianach w powyższym zakresie

.....

data i podpis