***Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu***

***Szkoła Doktorska***

**OŚWIADCZENIE**

**kandydata zakwalifikowanego do przyjęcia**

**do Szkoły Doktorskiej UMP**

**dot. realizacji kształcenia w Szkole doktorskiej oraz zatrudnienia**

**.....................................................................................**

(Imię i nazwisko oświadczającego)

**.....................................................................................**

(nr PESEL)

**Oświadczam, że:**

**nie jestem doktorantem w innej szkole doktorskiej,**

**nie podejmę jednocześnie kształcenia w żadnej innej szkole doktorskiej,**

☐ **realizowałem /realizowałam wcześniej** kształcenie w szkole doktorskiej\*

 w okresie: od …………………………………. do ………………………………….

☐ **nie realizowałem / nie realizowałam wcześniej** kształcenia w szkole doktorskiej\*.

☐ **posiadam** już stopień doktora\*,

☐ **nie posiadam** jeszcze stopnia doktora\*.

**Oświadczam, że:**

☐ **jestem** zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu\*,

w ramach powyższego zatrudnienia moje wynagrodzenie przekracza wysokość wynagrodzenia profesora (9.370 zł brutto) : TAK ☐ / NIE ☐

☐ **nie jestem** zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu\*.

*\*****należy zaznaczyć właściwe***

*Świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość informacji zamieszczonych w powyższym oświadczeniu.*

*Zobowiązuję się do niezwłocznego złożenia aktualnego oświadczenia, w przypadku zmiany ww. danych.*

…................................... ....................................................................

(data) (czytelny podpis oświadczającego)