

Bydgoszcz, dnia ………………………..r.

…………………………………………………………..

*(Imię i nazwisko doktoranta)*

…………………………………………………………..

*(numer albumu doktoranta)*

…………………………………………………………..

*(dyscyplina naukowa)*

Dyrektor

Szkoły Doktorskiej

Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

**WNIOSEK**

**W SPRAWIE WYDANIA ZAŚWIADCZENIA O POTWIERDZENIU EFEKTÓW UCZENIA SIĘ DLA KWALIFIKACJI NA POZIOMIE 8 PRK**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie zaświadczenia o potwierdzeniu efektów uczenia się dla kwalifikacji na poziomie 8 Polskiej Ramy Kwalifikacji (8PRK).

……………………………………………………………..

*(czytelny podpis doktoranta)*