**OŚWIADCZENIE KANDYDATA  
 o braku przeciwskazań zdrowotnych**

**do podjęcia kształcenia w Szkole Doktorskiej   
Akademii Muzycznej im. I.J. Paderewskiego w Poznaniu**

**w specjalności ……………………………..**

Ja niżej podpisany(a) ………………………………….…………………………………………….…

zamieszkały(a) ………………………………………………….............................................

legitymujący(a) się dowodem osobistym …………….…………

wydanym przez ……………………………………….....

oświadczam iż mój stan zdrowia pozwala mi na podjęcia kształcenia w Szkole Doktorskiej \* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. Akademii Muzycznej im. I.J. Paderewskiego w Poznaniu w specjalności ……………………………..

Jednocześnie oświadczam, że posiadam / nie posiadam\* orzeczenie o niepełnosprawności …………………………………………………………………… (podać rodzaj niepełnosprawności)

…………………………………………   
(miejscowość i data, podpis)

\* Podać właściwą nazwę Szkoły Doktorskiej