…………………………..

(miejscowość, data)

…………………………………………

*(imię i nazwisko wnioskodawcy)*

……………………………………………..

*(adres zamieszkania)*

……………………………………………

*(adres korespondencyjny)*

……………………………………………..

*(dane kontaktowe: telefon, mail)*

**OŚWIADCZENIE**

W związku ze złożeniem wniosku o postępowanie nostryfikacyjne o uznanie stopnia naukowego za równoważny z odpowiednim polskim stopniem naukowym, oświadczam, że zapoznałem/am się z procedurą nostryfikacji w Instytucie Dendrologii Polskiej Akademii Nauk.

……………………………………

*(czytelny podpis)*