**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a..............................................................................................

 (imię i nazwisko)

student/ka Collegium Medicum im. dr. Władysława Biegańskiego

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

Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie, wyrażam zgodę na udostępnienie mojej pracy dyplomowej do celów naukowych i badawczych.

Częstochowa, dnia ............................. ......................................

(podpis)