SZKOŁA EDUKACJI
POLSKO-AMERYKAŃSKIEJ FUNDACJI WOLNOŚCI I UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO

……
Miejscowość, data

……
Imię i nazwisko

……
Ulica, nr domu

……
Miejscowość, kod

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że w trakcie studiów podyplomowych „Szkoła Mistrzów Edukacji Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności i Uniwersytetu Warszawskiego" będę nagrywał/a prowadzone przez mnie lekcje lub ich fragmenty w celu realizacji zadań związanych z programem studiów.

……
Podpis