



**AALBORG UNIVERSITET**

**Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet**

Niels Jernes Vej 10  
9220 Aalborg Ø.

### **Pligterklæring om overholdelse af god videnskabelig praksis i forbindelse med ph.d.-afhandling**

Jeg bekræfter hermed med min underskrift, at den af mig indleverede afhandling efter min bedste overbevisning er udfærdiget i overensstemmelse med god videnskabelig praksis (herunder Aalborg Universitets retningslinjer samt praksis inden for området), og at jeg er bekendt med og accepterer, at grove brud på god videnskabelig praksis vil forhindre en positiv bedømmelse af afhandlingen og/eller eventuelt bevirke, at jeg fratages en mig allerede tildelt grad.

*UDFYLDES MED BLOKBOGSTAVER*

Fulde navn:	
Titel på ph.d.-afhandling:	

---

Dato og underskrift