

.....
(imię i nazwisko Opiekuna Naukowego)

Warszawa, dnia

.....
(nazwa Instytutu/Wydziału)

.....
(telefon)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna naukowego Pani/ Pana*
..... – słuchacza dziennych studiów doktoranckich na
Wydziale, specjalność:
.....

.....
(podpis Opiekuna Naukowego)

.....
(podpis Dziekana Wydziału)

.....
(podpis Kierownika Studiów Doktoranckich)