

Warszawa dnia

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

.....
(nazwa katedry / zakładu)

.....
(telefon)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna naukowego Pani / Pana
..... - słuchacza
stacjonarnych / niestacjonarnych w języku polskim / niestacjonarnych w języku angielskim*
studiów doktoranckich na Wydziale Architektury Politechniki Warszawskiej, specjalność:

.....
(podpis Opiekuna Naukowego)

.....
(podpis Kierownika Jednostki Organizacyjnej)

.....
(podpis Kierownika Studiów Doktoranckich)

.....
(podpis Dziekana Wydziału)

*niepotrzebne skreślić