...............................................

*pieczęć jednostki organizacyjnej*

Szczecin, dnia ..........................

**OŚWIADCZENIE**

**KIEROWNIKA INSTYTUTU/KATEDRY/ZAKŁADU**

w przypadku przyjęcia Pana/Pani .......................................................... na studia doktoranckie w dyscyplinie .................................................... wyrażam zgodę na realizowanie badań naukowych, przygotowanie rozprawy doktorskiej i odbywanie praktyk zawodowych w Instytucie/Katedrze/Zakładzie.

........................................................

*pieczęć i podpis kierownika jednostki*

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA NAUKOWEGO**

w przypadku przyjęcia Pana/Pani .......................................................... na studia doktoranckie wyrażam zgodę na objęcie obowiązków opiekuna naukowego zgodnie z § 6 Regulaminu studiów doktoranckich w ZUT w Szczecinie.

........................................................

*czytelny podpis opiekuna naukowego*