



**AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
WE WROCŁAWIU
WYDZIAŁ FIZJOTERAPII
STUDIA DOKTORANCKIE**

.....
(czytelne imię i nazwisko opiekuna naukowego)

.....
(miejsowość, data)

.....

.....
(miejsce pracy, tj. Wydział, Katedra)

Oświadczenie
o sprawowaniu opieki naukowej
nad doktorantem

Oświadczam, że przyjmuję opiekę naukową nad mgr,
(imię i nazwisko)
kandydatem na Studia Doktoranckie Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania
Fizycznego we Wrocławiu.

Zobowiązuję się do sprawowania opieki merytorycznej i formalnej nad Doktorantem,
związanej z przebiegiem studiów doktoranckich na każdym etapie oraz w trakcie
przeprowadzania przewodu doktorskiego.

.....
(podpis przyjmującego opiekę)