.................................., dnia ............ 20.... r.

(Miejscowość)

**Opiekun naukowy:**

|  |
| --- |
| …...……………………….…………………………….. |
| (Tytuł naukowy, imię i nazwisko) |
| …...……………………….…………………………….. |
| (Instytut) |

**Zgoda opiekuna naukowego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oświadczam, że w przypadku przyznania Studenckiego Grantu Badawczego w ramach Wydziałowego Planu Indywidualizacji Kształcenia na projekt ……………………………………………………………………………………… | | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | |
| (Tytuł projektu) | | |
| realizowany przez | ………………………………………….…………………………………….………………………………………… | |
|  | | (Imię i nazwisko wnioskodawcy) |
| podejmę się pełnienia funkcji opiekuna naukowego ww. projektu. | | |

……………………………………….

(Podpis opiekuna naukowego)

……………………………………….

(Podpis i pieczątka dyrektora Instytutu,   
w którym realizowany jest projekt)