### Potwierdzenie możliwości objęcia doktorantaopieką naukową

Imię i nazwisko …………………………..

Tytuł i stopień naukowy: prof. dr hab. / dr hab.

(Pracownika naukowego\*)

Stanowisko…………………………………., zatrudniony w …………………………………

Ja, niżej podpisany(-a) wyrażam chęć podjęcia współpracy naukowej w zakresie:

……………………………………………………………………………………………...…

(zakres tematyki badawczej)

………………………………………………………………………………………………….

w przypadku przyjęcia kandydata………………………………..…………………………....

(imię i nazwisko Kandydata)

na program kształcenia Astronomia w Szkole Doktorskiej Nauk Ścisłych i Przyrodniczych.

Kraków, dnia .................................... ...............................................

Podpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Pracownik naukowy, który posiada tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego i jest zatrudniony w jednostce, w której kandydat zamierza realizować program kształcenia.