

## WYBÓR OPIEKUNA PRACY LICENCJACKIEJ

NAZWISKO I IMIĘ:

OD ROKU AKADEMICKIEGO:

WYBIERAM JAKO OPIEKUNA PRACY LICENCJACKIEJ:

Z INSTYTUTU/WYDZIAŁU/UCZELNI:

Podpis studenta

WYRAŻAM ZGODĘ NA PEŁNIENIE FUNKCJI OPIEKUNA PRACY LICENCJACKIEJ STUDENTA:

Kraków, dnia:

Podpis opiekuna