Załącznik nr 4

**ZGODA KIEROWNIKA JEDNOSTKI (KATEDRA/KLINIKA) NA PRZYJĘCIE DOKTORANTA ORAZ ZAPEWNIENIE MOŻLIWOŚCI WYPRACOWANIA GODZIN DYDAKTYCZNYCH**

**STUDIA DOKTORANCKIE PROWADZONE NA WYDZIALE ........................................................ UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU**

Wyrażam zgodę na realizację przez Panią/Pana .......................................................................... stacjonarnych studiów doktoranckich w Katedrze/Klinice .................................................. ...................................................................................................................................................................Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Jednocześnie zapewniam możliwość zrealizowania praktyk w formie prowadzenia zajęć dydaktycznych przez w/w kandydata na studia doktoranckie UM w Poznaniu, zgodnie z Planem i Programem Studiów Doktoranckich.

Poznań, dnia ......................................

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

 PIECZĄTKA JEDNOSTKI PIECZĄTKA I PODPIS KIEROWNIKA JEDNOSTKI