Załącznik nr 3

**ZGODA OPIEKUNA NAUKOWEGO/PROMOTORA**

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

Wyrażam zgodę na objęcie obowiązków opiekuna naukowego – późniejszego promotora – pracy doktorskiej Pani/Pana ......................................................................................., która/który wnioskuje o przyjęcie na stacjonarne studia doktoranckie w Katedrze/Klinice ................................................................................................................................................................... Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Jednocześnie oświadczam, że posiadam opublikowany dorobek naukowy z okresu ostatnich 5 lat. (zgodnie z § 9. ust. 2. Rozporządzenia MNiSW z. z dnia 13 kwietnia 2016 r.w sprawie studiów doktoranckich i stypendiów doktoranckich)

Mój dorobek naukowy za lata 2013-2017 obejmuje ....................... publikacji o łącznej wartości IF = ....................... oraz punktacji MNiSW = ....................... .

Oświadczam, że uwzględniając ww. kandydaturę, liczba doktorantów na dzień 01 października 2017r. będących pod moją opieką naukową nie przekracza 2 osób.

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

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

 PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA/PROMOTORA