**załącznik nr 7**

do warunków i trybu rekrutacji do Szkoły Doktorskiej UMP - rok akademicki 2024/2025

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

(stopień/tytuł naukowy, imię i nazwisko oświadczającego)

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

(nazwa i adres jednostki zatrudniającej)

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

(adres e-mail)

**SZKOŁA DOKTORSKA PROWADZONA PRZEZ UNIWERSYTET MEDYCZNY**

**IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU**

**OŚWIADCZENIE**

**pracownika naukowego przewidzianego na promotora zagranicznego o zgodzie na objęcie opieką naukową kandydata po jego zakwalifikowaniu się do przyjęcia do szkoły doktorskiej**

Wyrażam zgodę na objęcie obowiązków kopromotora pracy doktorskiej Pani/Pana ......................................................................................., która/który wnioskuje o przyjęcie do Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Oświadczam, że posiadam opublikowany dorobek naukowy z okresu ostatnich 5 lat. Mój dorobek naukowy za lata 2019-2023 obejmuje ....................... publikacji o łącznej wartości IF = .......................; w tym odpowiednio ....................... publikacji jako pierwszy autor o łącznej wartości IF = .......................

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

(data) (podpis i pieczęć oświadczającego)