

Akademia Sztuk Pięknych w Katowicach  
Wydział \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA ARTYSTYCZNEGO

A. Dane osobowe opiekuna:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Tytuł i/lub stopień w zakresie sztuki: \_\_\_\_\_

Nazwa Katedry/Pracowni \_\_\_\_\_

B. Oświadczenie.

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna artystycznego Pani/Pana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
kandydata na stacjonarne środowiskowe studia doktoranckie w dyscyplinie artystycznej:  
sztuki piękne, w wybranym zakresie: Malarstwo/Grafika Warsztatowa/Projektowanie  
Graficzne\*

na Wydziale \_\_\_\_\_ Akademii Sztuk Pięknych w Katowicach.

\* niepotrzebne skreślić.

Oświadczam, że znane są mi postanowienia zawarte w następujących aktach prawnych:

1. Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2016, poz. 1842, z późn. zmianami);
2. Ustawa z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (tekst jedn. Dz. U. 2016, poz. 882);
3. Regulamin studiów doktoranckich ASP w Katowicach;
4. Program studiów doktoranckich.

\_\_\_\_\_  
Miejsce, data

\_\_\_\_\_  
Podpis opiekuna artystycznego