****

OŚWIADCZENIE

*W związku z realizacją projektu „Interdyscyplinarne studia doktoranckie Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie ŚRODOWISKO I ZDROWIE” wyrażam zgodę na* ***objęcie opieką naukową*** *Pana/Panią:*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis)