

Wrocław, dn.

.....
Imię i nazwisko

Wydział.....

Katedra

Pracownia

OŚWIADCZENIE WOLI

Ja, niżej podpisany wyrażam wolę prowadzenia zajęć w kontakcie bezpośrednim ze studentami /doktorantami * z przedmiotu
i jestem świadom wynikających z tego faktu zagrożeń i konsekwencji .

.....
czytelny podpis