

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 niestacjonarne/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. Nr 164, poz. 1365 z późn. zm);
2. Ustawa z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595);
3. Regulamin studiów doktoranckich ASP w Katowicach;
4. Program studiów doktoranckich.

Miejsce, data

Podpis opiekuna artystycznego