|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………….……………..  (imię i nazwisko) |  | Poznań, dnia ……………………..  (data złożenia oświadczenia) |
| ………………………………….……………..  (tytuł i stopień naukowy) |  |  |
| ………………………………….……………..  (jednostka organizacyjna – instytut/katedra) |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

Zgodnie z art. 6 ustawy 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, z późn. zm.) oświadczam, że wyrażam zgodę na zaliczenie mnie do minimum kadrowego dotyczącego uprawnień do nadawania stopni naukowych, na Wydziale ……………..........

……………………………………………………………………………………………… Politechniki Poznańskiej

w dziedzinie nauk ………………………………………………………………………………………………….. .

Proszę o zaliczenie mnie do minimum kadrowego w dyscyplinie ………………………………………………… .

Stopień doktora habilitowanego otrzymałam(em) w dziedzinie nauk …..…………………………………………….

w dyscyplinie ………………………………………………………………………………………………….…… .

Zgody na zaliczenie do minimum kadrowego w sprawach nadawania stopni doktora lub doktora habilitowanego **nie udzieliłam(em)** żadnej innej jednostce organizacyjnej.

…..………………………………….

(podpis składającego oświadczenie)