*Załącznik nr 7*

*do Regulaminu działalności SKN z dnia 25.11.2024 r.*

**-----------------------------------------------------**

(Nazwa Studenckiego Koła Naukowego)

-----------------------------------------------------

(Imię , nazwisko i stopień naukowy Opiekuna Naukowego Koła)\*

-----------------------------------------------------

(Nr telefonu)

-----------------------------------------------------

(Adres e-mail)

**OŚWIADCZENIE**

Opiekuna Studenckiego Koła Naukowego

Oświadczam, że przyjmuję obowiązki Opiekuna Naukowego Studenckiego Koła Naukowego .......................................................................................... (nazwa SKN) zgodnie z Zarządzeniem Rektora Uniwersytetu Rzeszowskiego nr …………. z dnia ………………. roku w sprawie wprowadzenia regulaminu rejestracji, działania i finansowania Studenckich Kół Naukowych oraz ze Statutem.

 ……………………………………………..

 (data i podpis Opiekuna Naukowego Koła)

 Akceptuję: …………………………………………………

 (data i podpis Przełożonego Opiekuna w UR)

\*może nim być tylko pracownik UR posiadający co najmniej stopień doktora