

Załącznik 5

UNIwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie
Wydział Nauk o Zdrowiu

.....

(imię i nazwisko studenta)

.....

(kierunek)

.....

(nr albumu)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRACY DYPLOMOWEJ

Oświadczam, że praca dyplomowa pt. „.....” została przygotowana pod moim kierunkiem, spełnia wymogi pracy dyplomowej licencjackiej/magisterskiej* i może zostać dopuszczona do obrony.

.....

(data i podpis opiekuna pracy dyplomowej)

* - niepotrzebne skreślić