**ZGODA NA PEŁNIENIE FUNKCJI OPIEKUNA**

**UCZELNIANEJ ORGANIZACJI STUDENCKIEJ  
 …**

Wrocław, dn. ……………………

Imię i nazwisko, stopień/tytuł naukowy:

Katedra:

Jednostka:

**ZGODA NA PEŁNIENIE FUNKCJI OPIEKUNA …**

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna ……………………………………………… działającego przy ………………………………………………… w Politechnice Wrocławskiej.

Deklaruję wsparcie merytoryczne i organizacyjne dla działań organizacji oraz współpracę z jej członkami i władzami Uczelni w realizacji jej celów statutowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i regulacjami Politechniki Wrocławskiej.

*(podpis)*