Nazwa i adres firmy: ……………………….

Imię i nazwisko Opiekuna Pomocniczego: …………………………………..

Stanowisko w firmie Opiekuna Pomocniczego: ……………………………………..

**Oświadczenie Opiekuna Pomocniczego**

Potwierdzam, że posiadam następujące kwalifikacje i doświadczenie (konieczność wypełnienia co najmniej jednego punktu):

1. Posiadam stopień naukowy/ tytuł naukowy ………………………………………………………………
2. Posiadam co najmniej pięcioletnie doświadczenie w prowadzeniu działalności naukowej   
   ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(opis doświadczenia)

1. Posiadam znaczące osiągnięcia w zakresie opracowania i wdrożenia w sferze gospodarczej lub społecznej oryginalnego rozwiązania projektowego, konstrukcyjnego, technologicznego lub artystycznego, o ponadlokalnym zakresie oraz trwałym i uniwersalnym charakterze ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(opis osiągnięć)

oraz, że będę monitorował postępy doktoranta/ki, p. ………..………………… we wdrażaniu zaplanowanego projektu w firmie w ramach przygotowywanej jego/jej pracy doktorskiej w ramach programu Ministra „Doktorat wdrożeniowy”.

Jednocześnie oświadczam, że nie pozostaję z ww. doktorantem/ką w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia włącznie oraz nie jestem związany/a z nią/nim z tytułu przysposobienia, opieki albo kurateli.

……………………………. …………………………………………………

Miejscowość i data podpis Opiekuna Pomocniczego