

Warszawa, .....

### Potwierdzenie pełnienia funkcji opiekuna stypendysty

Niniejszym potwierdza się, iż ..... będzie pełnił funkcję  
(imię i nazwisko pracownika Spółki, nr komputerowy)

opiekuna stypendysty p. ....  
(imię i nazwisko stypendysty)

Okres pełnienia funkcji opiekuna stypendysty: .....

Jednocześnie oświadcza się, iż praca której opiekunem będzie p. ....  
(imię i nazwisko pracownika Spółki)

nie będzie/będzie\* miała charakter wdrożeniowy.

Potwierdzenie opiekuna stypendysty

Potwierdzenie bezpośredniego  
przełożonego opiekuna stypendysty

.....  
(data i podpis)

.....  
(data, podpis i pieczętka)

\* niepotrzebne skreślić