Łódź, dnia …………………………………………………………. r.

Dyrektor Szkoły Doktorskiej

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**WNIOSEK – PRZEDŁUŻENIE TERMINU ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **A. DANE DOKTORANTA** | |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| NUMER ALBUMU |  |
| ROK ROZPOCZĘCIA KSZTAŁCENIA  W SZKOLE DOKTORSKIEJ |  |
| **B. ROZPRAWA DOKTORSKA** | |
| TEMAT ROZPRAWY DOKTORSKIEJ |  |
| DYSCYPLINA NAUKOWA | NAUKI FARMACEUTYCZNE / NAUKI MEDYCZNE / NAUKI O ZDROWIU[[1]](#footnote-1)\* |
| **NOWY TERMIN ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ** |  |
| IMIĘ I NAZWISKO PROMOTORA/PROMOTORÓW, STOPIEŃ/TYTUŁ NAUKOWY |  |
| IMIĘ I NAZWISKO PROMOTORA POMOCNICZEGO, STOPIEŃ/TYTUŁ NAUKOWY |  |
| JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI (KLINIKA/ZAKŁAD/ODDZIAŁ KLINICZNY) |  |
| **C. POWÓD PRZEDŁUŻENIA ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ\*** | |
| □ długotrwała choroby doktoranta lub promotora lub innych przyczyn losowych,  □ konieczność prowadzenia długotrwałych badań naukowych  □ zawieszenie kształcenia  □ inne okoliczności niezależnych od doktoranta lub promotora | |
| **D UZASADNIENIE PRZEDŁUŻENIA TERMINU ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ** | |
|  | |
| **E. OPINIA PROMOTORA/ PROMOTORÓW** | |
|  | |

…………………………………….

(czytelny podpis doktoranta)

……………………………………………………………

(podpis i pieczątka Promotora)

……………………………………………………………

( podpis i pieczątka Promotora pomocniczego)

Decyzja Dyrektora Szkoły Doktorskiej :

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

(data, podpis i pieczątka Dyrektora Szkoły Doktorskiej)

1. \* Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-1)