Łódź, dnia …………………………………………………………. r.

Dyrektor Szkoły Doktorskiej

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**WNIOSEK –ZAWIESZENIE KSZTAŁCENIA**

|  |
| --- |
| **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)\* |
| **TERMIN ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ ZGODNY Z ipb** |  |
| 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 ZAWIESZENIA KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ** |
| □ zawiesza kształcenie na okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego oraz urlopu rodzicielskiego, określonych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.\*\* |
| **D. 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)

\*\* Do wniosku doktorant zobowiązany jest dołączyć dokumenty potwierdzające niezdolność do odbywania kształcenia spowodowaną trwającym urlopem macierzyńskim, urlopem na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopem ojcowskim oraz urlopem rodzicielskim, określonym w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

1. \* Zaznaczyć właściwe.

. [↑](#footnote-ref-1)