Łódź, dnia …………………………………………………………. r.

Dyrektora Szkoły Doktorskiej

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**WNIOSEK O ZMIANĘ PROMOTORA**

|  |  |
| --- | --- |
| **A. Dane** | |
| Tytuł naukowy /imię i nazwisko |  |
| pesel |  |
| numer albumu |  |
| ROK ROZPOCZĘCIA KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ : |  |
| TEMAT ROZPRAWY DOKTORSKIEJ |  |
| DYSCYPLINA NAUKOWA | NAUKI MEDYCZNE/NAUKI O ZDROWIU/NAUKI FARMACEUTYCZNE \* |

Zwracam się z prośbą o zmianę w Szkole Doktorskiej \*:

□ promotora,

□ Kliniki/ Zakładu/ Oddziału Klinicznego

Do tej pory moim promotorem był/a

………………………………………………………………………………………..................

Z Kliniki/ Zakładu/Oddziału Klinicznego\*.....………………………………………………….

Nowym promotorem miałby/miałaby zostać:

…………………………………………………………………………………………………

z Kliniki/ Zakładu/Oddziału Klinicznego\*………………………………………………….

*\* Zaznaczyć właściwe*

UZASADNIENIE :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby,

………………………………………………………….

(czytelny podpis doktoranta)

Opinia/akceptacja dotychczasowego promotora:

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

(data, podpis i pieczątka dotychczasowego promotora)

Opinia/akceptacja nowego promotora:

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………......

Jednocześnie oświadczam, że :

**□** nie byłem/am promotorem 4 doktorantów, którzy zostali skreśleni z listy doktorantów z powodu negatywnego wyniku oceny śródokresowej,

**□** nie sprawowałem/am opieki nad przygotowaniem rozprawy doktorskiej przez co najmniej 2 osoby ubiegające się o stopień doktora, które nie uzyskały pozytywnych recenzji.

□ po objęciu opieki w/w osoby pod moją opieką naukową nie będzie więcej niż 3 doktorantów w Szkole Doktorskiej,

□ posiadam dorobek naukowy opublikowany w okresie ostatnich 3 lat (proszę wymienić najważniejsze publikacje z uwzględnieniem punktów Impact Factor)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

Data, podpis i pieczątka nowego promotora

Decyzja Dyrektora Szkoły Doktorskiej :

□ wyrażam zgodę

□ nie wyrażam zgody

……………………………………………………………

(data, podpis i pieczątka Dyrektora Szkoły Doktorskiej )