|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Łódź, |  |
|  | data / date |
|  |  |  | |
|  |  | Dyrektor Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi / Head of the Doctoral School at the Medical University of Lodz | |

**WNIOSEK O ODWOŁANIE PROMOTORA POMOCNICZEGO**

REQUEST FOR RECALL OF AUXILIARY SUPERVISOR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE / PERSONAL DATA** | | | | | | |
| Imię i nazwisko  Name and surname |  | | | | | |
| Tytuł zawodowy  Professional title |  | | | | | |
| PESEL  ID Number |  | | | | | |
| Numer albumu  Student’s ID number |  | | | | | |
| Rok rozpoczęcia kształcenia  Year of starting education |  | | | | | |
| Tytuł rozprawy doktorskiej  Title of doctoral dissertation |  | | | | | |
| Dyscyplina(1)  Scientific discipline |  | nauki medyczne medical sciences |  | nauki farmaceutyczne  pharmacology and pharmacy |  | nauki o zdrowiu  health sciences |

Zwracam się z prośbą o odwołanie promotora pomocniczego mojej rozprawy doktorskiej, przygotowywanej w ramach: / I hereby request for recall of the auxillary supervisor of my doctoral dissertation at the:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Międzynarodowej Szkoły Doktorskiej (MSD)  International Doctoral School (IDS) |  | Szkoły Doktorskiej Medycyny Molekularnej (SMM)  Doctoral School of Molecular Medicine (SMM) |

|  |
| --- |
| Promotor / Supervisor: |
|  |
|  |
| Tytuł naukowy, imię i nazwisko Promotora Academic title, name and surname of the Supervisor |

|  |
| --- |
| Promotor pomocniczy / auxillary Supervisor: |
|  |
|  |
| Tytuł naukowy, imię i nazwisko Promotora pomocniczego / Academic title, name and surname of the auxiliary Supervisor |

UZASADNIENIE / REASON FOR REQUEST

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

I would appreciate your favourable consideration of the request.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | czytelny podpis Doktoranta  legible Doctoral student signature |

Wyrażam zgodę na rezygnację z funkcji promotora pomocniczego / I agree to resign from the function of an auxiliary Supervisor.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| miejsce, data  place, date |  | pieczęć imienna i podpis Promotora pomocniczego  signature and stamp of the auxiliary Supervisor |

Wyrażam zgodę na odwołanie promotora pomocniczego / I agree to recall the auxiliary Supervisor.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| miejsce, data  place, date |  | pieczęć imienna i podpis Promotora  name stamp and signature of the Supervisor |

Decyzja Dyrektora Szkoły Doktorskiej(1):

Decision made by Head of the Doctoral School(1):

wyrażam zgodę / approved

nie wyrażam zgody / rejected

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| miejsce, data  place, date |  | pieczęć imienna i podpis Dyrektora właściwej Szkoły Doktorskiej  name stamp and signature of the Head of the appropriate Doctoral School |