****

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**(DOKTORAT MIĘDZYNARODOWY W OPARCIU O UMOWY CO-TUTELLE)**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko doktoranta |  |
| Dziedzina i dyscyplina naukowa rozprawy doktorskiej |  |
| Rok kształcenia w Szkole Doktorskiej |  |
| Imię i nazwisko promotora z Polski |  |
| Imię i nazwisko proponowanego promotora z zagranicy (adres mailowy) |  |
| Proponowana uczelnia zagraniczna (nazwa, adres) |  |
| Uczelnia zagraniczna posiada uprawnienia do nadawania stopnia doktora w dyscyplinie naukowej, w której pisana jest przez doktoranta rozprawa doktorska (zaznaczyć właściwa dyscyplinę) | □ Nauki medyczne  □ Nauki o Zdrowiu  □ Nauki Farmaceutyczne |
| Osoba do kontaktu w uczelni zagranicznej (imię, nazwisko, e-mail, stanowisko) |  |
| Planowany termin rozpoczęcia doktoratu międzynarodowego, w tym informacja o posiadanym statusie doktoranta w Uczelni zagranicznej. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis doktoranta: | Pieczęć imienna i podpis promotora z Polski: |
| Miejscowość, data: | Miejscowość, data: |

|  |  |
| --- | --- |
| Dyrektor Międzynarodowej Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.,  Decyzja:  ***□* POZYTYWNA**  **□ NEGATYWNA** | Miejscowość, data , pieczątka i podpis: |
| Dziekan Wydziału (zgodnie z dyscypliną doktoranta):  Decyzja  **□ POZYTYWNA**  **□ NEGATYWNA** | Miejscowość, data, pieczątka podpis |