

Łódź, dniar.

.....
(imie i nazwisko doktoranta)

.....
(adres zameldowania)

.....
(nr telefonu)

.....
(tryb studiów)

**Do Kierownika
Studium Doktoranckiego
ds. studiów doktoranckich
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

P O D A N I E

Zwracam się z prośbą o przedłużenie czasu trwania studiów doktoranckich do dnia

.....r.

Prośbę swoją uzasadniam*:

1. czasową niezdolnością do odbywania tych studiów spowodowana chorobą**;
2. sprawowaniem osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny**;
3. sprawowaniem opieki nad dzieckiem do 4 roku życia lub dzieckiem o orzeczonej niepełnosprawności**;
4. koniecznością prowadzenia długotrwałych badań naukowych;
5. przebywaniem w trakcie trwania studiów na urlopie macierzyńskim**

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
(podpis doktoranta)

Opinia opiekuna naukowego/promotora:

.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczęć
opiekuna naukowego/promotora)

DECYZJA KIEROWNIKA STUDIUM DOKTORANCKIEGO

1. Wyrażam zgodę na przedłużenie czasu trwania studiów doktoranckich do dnia..... roku;
2. Nie wyrażam zgody na przedłużenie czasu trwania studiów doktoranckich.

.....
(podpis i pieczęć
Kierownika Studium Doktoranckiego
ds. studiów doktoranckich)

* odpowiednie podkreślić

** konieczne jest załączenie do wniosku załącznika w formie np. zaświadczenie lekarskiego, aktu urodzenia dziecka