Łódź, dnia …………………………………………………………. r.

 ……………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko doktoranta – DRUKOWANYMI)

 ………..…………………………………………………………………..

 (PESEL)

……………………………………………………………………………..

 (nr albumu - rok studiów)

 .……………………………………………………………………………

 (nazwa ulicy, nr domu, nr mieszkania - DRUKOWANYMI)

 …………….………………………………………………………………

 (kod pocztowy - miasto - DRUKOWANYMI)

**Do DZIEKANA**

**WYDZIAŁU**

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

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI**

**WNIOSEK**

**O ZMIANĘ OPIEKUNA NAUKOWEGO**

Zwracam się z prośbą o zmianę opiekuna naukowego.

Do tej pory moim opiekunem naukowym był/a …………………………………………………

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

z Kliniki/ Zakładu ……………………………………………………………………………………………….

Nowym opiekunem naukowym miałby/miałaby zostać …………………………………….

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

z Kliniki/ Zakładu ……………………………………………………………………………………………….

Jednocześnie, w ślad za opiekunem naukowym, wnoszę o zmianę miejsca odbywania studiów doktoranckich.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

…………………………………………………………….

(czytelny podpis doktoranta)

Opinia dotychczasowego opiekuna naukowego:

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

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

……………………………………………………………

(data, podpis i pieczątka dotychczasowego opiekuna naukowego)

Opinia nowego opiekuna naukowego:

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

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

……………………………………………………………

 (data, podpis i pieczątka nowego opiekuna naukowego)

Opinia kierownika studiów doktoranckich:

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

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

……………………………………………………………

(data, podpis i pieczątka kierownika studiów doktoranckich)

Decyzja Dziekana:

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

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

Wydział zapewnia doktorantowi godziny dydaktyczne.

……………………………………………………………

 (data, podpis i pieczątka Dziekana)