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

(miejscowość, data)

**Dane doktoranta**

**......................................................................................**

imię i nazwisko

**......................................................................................**

adres do korespondencji

**......................................................................................**

numer albumu

**......................................................................................**

rok rozpoczęcia kształcenia w szkole doktorskiej

**Sz. Pani**

**prof. dr hab. Ewa Wender-Ożegowska**

**Dyrektor Szkoły Doktorskiej**

**Uniwersytetu Medycznego**

**im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań**

**WNIOSEK O ZAWIESZENIE KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ UMP**

**na podstawie Atr.204 ust.3 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce\***

Zwracam się z prośbą o zawieszenie kształcenia w szkole doktorskiej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu na okres od ................................. do ................................, w związku z ......................................................................................................................................................

Informacje dotyczące dotychczasowej realizacji programu kształcenia, zgodnie z §8 Programu kształcenia w Szkole Doktorskiej UMP:

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

Planowany termin złożenia rozprawy doktorskiej zgodny z Indywidualnym Planem Badawczym to: ...................................................................................................................................................................

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

(czytelny podpis doktoranta)

Opinia promotora:

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

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

(podpis i pieczątka Promotora)

\* Do wniosku doktorant zobowiązany jest dołączyć dokumenty potwierdzające niezdolność do odbywania kształcenia spowodowaną trwającym urlopem macierzyńskim, urlopem na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopem ojcowskim oraz urlopem rodzicielskim, określonym w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy