Miejscowość i data

Imię i nazwisko

numer PESEL (w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Program i rok kształcenia w szkole doktorskiej

Kierownik programu prowadzonego w Szkole Doktorskiej

tytuł, imię i nazwisko

**Wniosek o wyrażenie zgody na zawieszenie kształcenia w szkole doktorskiej**

Zwracam się z prośbą o zawieszenie kształcenia w szkole doktorskiej na okres odpowiadający czasowi trwania:

urlopu macierzyńskiego

urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego

urlopu ojcowskiego oraz urlopu rodzicielskiego,

tj. w okresie od do lub w wymiarze ilość tygodni.

Uzasadnienie

uzasadnienie

Załączniki załącznik numer 1

Załącznik numer 2

Załącznik numer 3

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

Podpis doktoranta