

Łódź, dnia .....r.

.....  
(imię i nazwisko doktoranta - DRUKOWANYMI)

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

— — — — —  
(kod pocztowy)

.....  
(miasto - DRUKOWANYMI)

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

**P O D A N I E**

Zwracam się z prośbą o przedłużenie terminu otwarcia przewodu doktorskiego na Radzie Wydziału ..... Uniwersytetu Medycznego w do dnia .....r.

Z góry dziękuję za pozytywne rozpatrzenie mojej prośby

.....  
(podpis doktoranta)

Opinia opiekuna naukowego/promotora:

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

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

**DECYZJA KIEROWNIKA STUDIUM DOKTORANCKIEGO**

1. Wyrażam zgodę na przedłużenie terminu otwarcia przewodu doktorskiego do wnioskowanego terminu.
2. Wyrażam zgodę na przedłużenie terminu otwarcia przewodu doktorskiego do dnia .....r.
3. Nie wyrażam zgody na przedłużenie terminu otwarcia przewodu doktorskiego do wnioskowanego terminu.

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