

Łódź, dnia

.....
(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 warunkowe zaliczenie roku studiów z powodu

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

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/y o konieczności uczęszczania na zajęcia objęte wpisem warunkowym.

Z góry dziękuję za pozytywne rozpatrzenie mojej prośby

.....
(podpis doktoranta)

DECYZJA KIEROWNIKA STUDIUM DOKTORANCKIEGO

1. Wyrażam zgodę na warunkowe zaliczenie roku studiów.
2. Nie wyrażam zgody na warunkowe zaliczenie roku studiów.

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