

Łódź, dniar.

.....
(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 zmianę opiekuna naukowego.

Do tej pory moim opiekunem naukowym był/a

Nowym opiekunem naukowym miałby/miałaby zostać:

Jednocześnie proszę o zmianę miejsca odbywania studiów doktoranckich z:

na:

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
(podpis doktoranta)

Opinia dotychczasowego opiekuna naukowego:

.....
.....

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

Opinia nowego opiekuna naukowego:

.....
.....

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

Wydział zapewnia doktorantowi godziny dydaktyczne*.

.....
(podpis i pieczęćka Dziekana Wydziału)

* dotyczy tylko stacjonarnych studiów doktoranckich