

Szczecin, dnia r.

.....
Nazwisko i imię doktoranta - rok studiów doktoranckich

.....
telefon

.....
Wydział

.....
Imię i nazwisko opiekuna naukowego/promotora

**Kierownik studiów doktoranckich
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**

PODANIE

Zwracam się z prośbą o przedłużenie terminu złożenia w Biurze Szkoły Doktorskiej – Sekcji ds. studiów doktoranckich dokumentów niezbędnych do zaliczenia roku studiów do dnia

.....
własnoręczny podpis doktoranta

DECYZJA KIEROWNIKA STUDIÓW DOKTORANCKICH

1. Wyrażam zgodę na przedłużenie terminu złożenia niezbędnych dokumentów do zaliczenia roku studiów do wnioskowanego terminu.
2. Wyrażam zgodę na przedłużenie terminu złożenia niezbędnych dokumentów do zaliczenia roku studiów do dnia
3. Nie wyrażam zgody na przedłużenie terminu złożenia niezbędnych dokumentów do zaliczenia roku studiów.

.....
podpis i pieczęć Kierownika studiów doktoranckich