

Szczecin, dnia r.

.....
Nazwisko i imię doktoranta - rok kształcenia w Szkole Doktorskiej

.....
Imię i nazwisko Promotora

.....
Nazwa jednostki organizacyjnej

**Dyrektor Szkoły Doktorskiej
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
prof. dr hab. n. zdr. Anna Lubkowska**

WNIOSEK

o zwolnienie doktoranta z odbywania praktyk zawodowych w CSM

Uzasadnienie:

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

.....
(podpis i pieczęć Promotora)

Opinia Prorektor ds. Dydaktyki

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

.....
(podpis i pieczęć Prorektor ds. Dydaktyki)

Decyzja Dyrektora Szkoły Doktorskiej

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

.....
(podpis i pieczęć Dyrektora Szkoły Doktorskiej)