

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

Powołując się na Zarządzenie Rektora PUM Nr 154/2025 z dnia 17.09.2025 r. § 3 ust. 1,2, zwracam się z prośbą o możliwość realizacji praktyk zawodowych w roku ak. 20...../20..... formie **współuczestniczenia** w prowadzeniu zajęć.

Uzasadnienie:

.....
.....

.....
(podpis doktoranta)

.....
(podpis i pieczęć Kierownika jednostki)

.....
(podpis i pieczęć promotora)

Decyzja Dyrektora Szkoły Doktorskiej

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

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