

Szczecin, dnia r.

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

.....
Imię i nazwisko Promotora

.....
jednostka Promotora

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

W N I O S E K

**o realizację praktyk zawodowych przez doktoranta w innej jednostce niż jednostka promotora
w roku ak. 20...../20.....**

Oświadczam, że jednostka

.....
zapewnia pensum dydaktyczne w liczbie godzin w roku akademickim 20...../20..... dla
ww. doktoranta, w ramach realizacji obowiązkowych praktyk zawodowych wynikających z Programu
Kształcenia w Szkole Doktorskiej PUM w Szczecinie

Zgoda kierownika jednostki przyjmującej doktoranta:

.....
(podpis i pieczęć)

Zgoda kierownika jednostki promotora:

.....
(podpis i pieczęć)

Zgoda promotora:

.....
(podpis i pieczęć)

Decyzja Dyrektora Szkoły Doktorskiej:

.....

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