**Szczecin,** …………………………………………

**Imiona i nazwisko:** ……………………………………………………………………………………….

**Nr albumu:**………………………… **semestr kształcenia**:……………………………………….

**Rok akademicki…**………………………………………………………………………………………….

**Dyscyplina naukowa:** ……………………………………………………………………………………

**Numer telefonu………………………………………………………………………………………….**

Dyrektor Szkoły Doktorskiej

Uniwersytetu Szczecińskiego

Zwracam się z prośbą o ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Prośbę swą motywuję ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zobowiązuję się osobiście zapoznać z decyzją w Biurze Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Szczecińskiego w terminie do 14 dni licząc od dnia złożenia podania. W przypadku niezapoznania się z decyzją w wyżej wymienionym terminie uznaje się, że zapoznanie się z decyzją nastąpiło w ostatnim dniu wyżej wskazanego terminu.

# Załączniki:

……………………………………………………..

……………………………………………………..

……………………………………………………..

……………………………………………………..

………………………….……………… podpis doktoranta

**Rozstrzygnięcie Dyrektora**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………… ………………………………………

Data podpis Dyrektora

Zapoznałem/zapoznałam się z rozstrzygnięciem Dyrektora w dniu ………………………………………….