

Lublin, dnia

.....
(imię i nazwisko doktoranta)

.....
(PESEL)

.....
(nr telefonu)

.....
(tryb studiów/ rok studiów)

**Prorektor
ds. Szkoły Doktorskiej i Badań Klinicznych
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie**

Prof. dr hab. Krzysztof Giannopoulos

WNIOSEK O PRZERWĘ WYPOCZYNKOWĄ W SZKOLE DOKTORSKIEJ UML

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi dni/a przerwy wypoczynkowej w terminie od dniar. do dniar.

.....
(podpis doktoranta)

Decyzja promotora lub promotorów: wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*

.....
(pieczęć i podpis promotora)

.....
(pieczęć i podpis promotora/promotora pomocniczego)

* odpowiednie zakreślić

DECYZJA PROREKTORA DS. SZKOŁY DOKTORSKIEJ I BADAŃ KLINICZNYCH UML

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody *

.....
(pieczęć i podpis Prorektora)

* odpowiednie zakreślić