

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 ZAWIESZENIE KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ UML

Zwracam się z prośbą o zawieszenie kształcenia w terminie od dniar. do dniar. Do wniosku dołączam:

.....
(podpis doktoranta)

.....
(pieczęć i podpis promotora)

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

**DECYZJA
PROREKTORA DS. SZKOŁY DOKTORSKIEJ I BADAŃ KLINICZNYCH UML**

Wyrażam zgodę na zawieszenie kształcenia w Szkole Doktorskiej UML w terminie od dniar. do dnia.....r.

.....
(pieczęć i podpis Prorektora)