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

|  |
| --- |
| **Podanie złożone dn.** …………………………….  **Nr ewid. TEO/**…………………………………… |

Nazwisko i imię doktoranta

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

Adres do korespondencji

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

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

Nr telefonu, adres e-mail

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

Rok studiów Nr albumu **Pełnomocnik Rektora ds. Studiów Doktoranckich**

**Wydziału Teologicznego**

**Uniwersytetu Szczecińskiego**

# PODANIE

**Proszę o** ………………………………………………………………………….…………………………….

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

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

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

**Uzasadnienie:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………podpis doktoranta

Załączniki:

1.………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………

Na podstawie ……………… Regulaminu studiów doktoranckich Uniwersytetu Szczecińskiego stanowiącego załącznik do uchwały nr 18/2017 Senatu Uniwersytetu Szczecińskiego z dnia 30 marca 2017 r. w sprawie uchwalenia Regulaminu studiów doktoranckich Uniwersytetu Szczecińskiego **wyrażam / nie wyrażam** zgodę(y) na …………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data …………………………………… Podpis Pełnomocnika …………………………………………