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

|  |
| --- |
| **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 przedłużenie okresu trwania studiów doktoranckich na okres** …………………………………, **ze względu na konieczność prowadzenia długotrwałych badań naukowych.**

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

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

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

………………………………………… podpis doktoranta

Załączniki:

1.………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………

Na podstawie §43 ust. 1 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 przedłużenie okresu odbywania studiów doktoranckich na okres ………………………………………………………………. .

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