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

|  |
| --- |
| **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**

**Wydział Teologiczny**

**Uniwersytetu Szczecińskiego**

# PODANIE

**Proszę o przedłużenie okresu trwania studiów doktoranckich na okres** …………………………………, **ze względu na:**

1. **czasową niezdolność do odbywania studiów spowodowaną chorobą**\*
2. **sprawowanie osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny**\*
3. **sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem do 4. roku życia lub dzieckiem o orzeczonej niepełnosprawności**\*
4. **posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**\*.

**\*właściwe zaznaczyć**

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

…………………………………………podpis doktoranta

Załączniki:

1.………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………