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

|  |
| --- |
| **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:**

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. ………………………………………………………………………………

Na podstawie § 43 ust. 2 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 …………………………………………