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

|  |
| --- |
| **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 wyrażenie zgody na wpis warunkowy na rok wyższy w roku akademickim** ...................................................... **z przedmiotu(ów):**

**1.** ………………………………………………………………………………………………………………

**2.** ………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

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

…………………………………………podpis doktoranta

Załączniki:

1.………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………

Na podstawie § 41 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 ……………………………………………………………. i zobowiązuję Panią/Pana do uiszczenia w terminie opłaty za wpis warunkowy na semestr/rok, pod rygorem skreślenia z listy studentów.

Data …………………………………… Podpis Kierownika studiów …………………………………………