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

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

Nazwisko i imię

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

Adres do korespondencji

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

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

 Nr telefonu i adres e-mail

 **Pełnomocnik Rektora ds. Studiów Doktoranckich**

 **Wydziału Teologicznego**

**Uniwersytetu Szczecińskiego**

# PODANIE

 **Proszę o wyrażenie zgody na wznowienie studiów na roku** ............ **w semestrze** ............. **roku akademickiego** ……………………… **od dnia** ……………………………………………… .

**Uzasadnienie:**

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

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

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

…………………………………………podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1.………………………………………

2. ………………………………………

**Różnice programowe:**

1. ……………………………………………………………………………………………………………

2. ……………………………………………………………………………………………………………

3. ……………………………………………………………………………………………………………

Na podstawie § 46 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 wznowienie studiów doktoranckich** i zobowiązuję Panią/Pana do zaliczenia ewentualnych różnic programowych w terminie do …………………………………… oraz uiszczenia opłaty za ww. przedmioty pod rygorem skreślenia z listy doktorantów.

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