

Bydgoszcz, dnia ………………………..r.

…………………………………………………………..

*(Imię i nazwisko doktoranta)*

…………………………………………………………..

*(numer albumu doktoranta)*

Dyrektor

Szkoły Doktorskiej

Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

**INFORMACJA**

**W SPRAWIE TERMINU ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ**

Planowany termin złożenia rozprawy doktorskiej: ……………………………………………

Tytuł rozprawy:…………………………………………………………………………………

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

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

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

Język, w którym została przygotowana rozprawa doktorska:………………………………….

Dyscyplina naukowa: ………………………………………………………………………….

Promotor/Promotorzy (stopień naukowy/imię/nazwisko):

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………..

*(czytelny podpis doktoranta)*