

Bydgoszcz, dnia …………………………r.

 Dyrektor Szkoły Doktorskiej

 Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

 Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

**WNIOSEK – PRZEDŁUŻENIE TERMINU ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ**

|  |
| --- |
| **A. DANE DOKTORANTA** |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL  |  |
| NUMER ALBUMU |  |
| ROK ROZPOCZĘCIA KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ  |  |
| **B. ROZPRAWA DOKTORSKA** |
| TEMAT ROZPRAWY DOKTORSKIEJ  |  |
| DYSCYPLINA NAUKOWA  | NAUKI FARMACEUTYCZNE / NAUKI MEDYCZNE / NAUKI O ZDROWIU[[1]](#footnote-1)\* |
| **NOWY TERMIN ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ**  |  |
| IMIĘ I NAZWISKO PROMOTORA/PROMOTORÓW, STOPIEŃ/TYTUŁ NAUKOWY |  |
| IMIĘ I NAZWISKO PROMOTORA POMOCNICZEGO, STOPIEŃ/TYTUŁ NAUKOWY |  |
| JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA  |  |
| **C. POWÓD PRZEDŁUŻENIA ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ\*** |
| □ długotrwała choroby doktoranta lub promotora lub innych przyczyn losowych,□ konieczność prowadzenia długotrwałych badań naukowych□ zawieszenie kształcenia□ inne okoliczności niezależne od doktoranta lub promotora |
| **D UZASADNIENIE PRZEDŁUŻENIA TERMINU ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ** |
|  |
| **E. OPINIA PROMOTORA/ PROMOTORÓW** |
|  |

…………………………………….

(czytelny podpis doktoranta)

……………………………………………………………

(podpis i pieczątka Promotora)

……………………………………………………………

 ( podpis i pieczątka Promotora pomocniczego)

Decyzja Dyrektora Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

(data, podpis i pieczątka Dyrektora Szkoły Doktorskiej)

1. \* Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-1)