

Lublin, dniar.

.....
(imię i nazwisko doktoranta)

.....
(PESEL)

.....
(nr telefonu)

.....
(tryb studiów/ rok studiów)

Dyrektor Szkoły Doktorskiej

.....
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

WNIOSEK O PRZERWĘ WYPOCZYNKOWĄ W SZKOLE DOKTORSKIEJ UML

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi dni/a przerwy wypoczynkowej w terminie od dniar. do dniar.

.....
(podpis doktoranta)

Decyzja promotora lub promotorów: wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*

.....
(pieczęć i podpis promotora)

.....
(pieczęć i podpis promotora/promotora pomocniczego)

* odpowiednie zakreślić

DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY DOKTORSKIEJ UML

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody *

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora)

* odpowiednie zakreślić