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

|  |
| --- |
| **Podanie złożone dn.** …………………………….**Nr ewid. WTA/**……………**/20**……**r.** |

 (Nazwisko i imię doktoranta)

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

 (PESEL)

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

 (Nr telefonu, adres e-mail)

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

 (Rok studiów) (Nr albumu) **Kierownik studiów doktoranckich**

 **Wydziału Teologicznego**

 **Uniwersytetu Szczecińskiego**

# PODANIE

**Proszę o przedłużenie okresu trwania studiów doktoranckich na okres** …………………………………, **ze względu na konieczność prowadzenia długotrwałych badań naukowych.**

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

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

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

*……………………………………………………*

 (podpis doktoranta)

*Załączniki:*

1.………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………

Na podstawie §43 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 przedłużenie okresu odbywania studiów doktoranckich na okres ………………………………………………………………. .

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

Na podstawie art. 14 § 2 kpa strona została poinformowana o treści i istotnych motywach decyzji.

Data …………………………………… Podpis strony………………………….………………………