Warszawa, dnia ……….. 20….. r.

**dr hab. Aleksandra Tłuściak-Deliowska, prof. APS**

**Kierownik Szkoły Doktorskiej APS**

**Wniosek o przedłużenie terminu rozliczenia roku akademickiego 20…./20….**

Imię i nazwisko doktoranta/doktorantki: ………………………………………………………………………….

Nr albumu: …………………………………………………………………………………………………………………………

Nr tel., e-mail: ……………………………………………………………………………………………………………………

Promotor: ………………………………………………………………………………………………………………………….

Promotor pomocniczy: ………………………………………………………………………………………………………

Proszę o wyrażenie zgody na przedłużenie terminu okresu rozliczeniowego roku akademickiego 20…./20…. do 15 września 20.... roku.

Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

.………………………………………………………….

podpis doktoranta/doktorantki

.………………………………………………………….

podpis promotora/promotorki

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Decyzja kierownika Szkoły Doktorskiej:

🞎 zgoda

🞎 brak zgody

.………………………………………………………….

podpis kierownika Szkoły Doktorskiej