|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | Łódź, |  |
|  | data / date |
|  |  | |  |  |
|  |  | Dyrektor Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi za pośrednictwem Centrum Obsługi Doktorantów  Head of the Doctoral School at the Medical University of Lodz via Office of the Doctoral School | | |

**REZYGNACJA Z KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**

REQUEST TO WITHDRAW FROM DOCTORAL SCHOOL

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE / PERSONAL DATA** | |
| Imię i nazwisko  Name and surname |  |
| Nazwa Szkoły Doktorskiej  Name of Doctoral School |  |
| PESEL  ID Number |  |
| Numer albumu  Student’s ID number |  |
| Rok rozpoczęcia kształcenia  Year of starting education |  |

Informuję, iż z dniem ……/……/………… r. rezygnuję z kształcenia w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

I declare my intent to withdraw from Doctoral School at the Medical University of Lodz on ……/……/………… .

Jednocześnie zwracam legitymację doktoranta o numerze: / I herewith return my Student ID Card No.:

|  |
| --- |
|  |
| (nr legitymacji / student’s ID card numer) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………………………………….. |  | ………………………………………………………………….. |
| pieczątka i podpis pracownika Centrum Obsługi Doktorantów  stamp and signature of Doctoral School Office clerk |  | czytelny podpis Doktoranta  legible Doctoral student signature |

………………………………….……………………………………………………………

data, podpis i pieczątka Dyrektora Szkoły Doktorskiej

date, signature and stamp of the Head of the Doctoral School