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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Łódź, |  |
|  | data / date |
|  |
| Dyrektor Szkoły DoktorskiejUniwersytetu Medycznego w ŁodziHead of the Doctoral School at the Medical University of Lodz |

**WNIOSEK – PRZEDŁUŻENIE TERMINU ZŁOŻENIA SPRAWOZDANIA**

REQUEST TO EXTEND DEADLINE FOR ANNUAL REPORT

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE /** PERSONAL DATA |
| Imię i nazwiskoName and surname |  |
| Nazwa Szkoły DoktorskiejName of Doctoral School |[ ]  Międzynarodowa Szkoła Doktorska (MSD)International Doctoral School (IDS) |
|  |[ ]  Szkoła Doktorska Medycyny Molekularnej (SMM)Doctoral School of Molecular Medicine (SMM) |
| PESELID Number |  |
| Numer albumuStudent’s ID number |  |
| Rok rozpoczęcia kształceniaYear of starting education |  |
| **WNIOSEK /** REQUEST |
| Zwracam się z prośba o przedłużenie terminu złożenia sprawozdania rocznego za ………… rok kształcenia w Szkole Doktorskiej do dnia ……/……/………… r.I am asking for an extension of the deadline for submitting the annual report for ………… year of education at the Doctoral School until ……/……/………… |
| **UZASADNIENIE /** JUSTIFICATION |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | …………………………………………………………….. |
|  |  | czytelny podpis Doktorantalegible Doctoral student signature |

|  |
| --- |
| **Decyzja Dyrektora Szkoły Doktorskiej**Decision of the Head of the Doctoral School |
|  |  |
|[ ]  Zgoda do wnioskowanego terminu |
|  | Consent until the requested date |
|[ ]  Zgoda do dnia ……/……/………… |
|  | Consent until ……/……/………… |
|[ ]  Brak zgody |
|  | No consent |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………………………………….…………………………………………………………… |
|  | data, podpis i pieczątka Dyrektora Szkoły Doktorskiejdate, signature and stamp of the Head of the Doctoral School |