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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Łódź, |  |
|  | data / date |
|  | |
| Dyrektor Szkoły Doktorskiej  Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  Head 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 nazwisko  Name and surname |  | |
| Nazwa Szkoły Doktorskiej  Name of Doctoral School |  | Międzynarodowa Szkoła Doktorska (MSD)  International Doctoral School (IDS) |
|  | Szkoła Doktorska Medycyny Molekularnej (SMM)  Doctoral School of Molecular Medicine (SMM) |
| PESEL  ID Number |  | |
| Numer albumu  Student’s ID number |  | |
| Rok rozpoczęcia kształcenia  Year 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 Doktoranta  legible 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 Doktorskiej  date, signature and stamp of the Head of the Doctoral School |