Wrocław, dnia ……………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL** |  |
| **Wydział** |  |
| **dyscyplina** |  | **rok studiów:** |  |
| **opiekun naukowy/promotor:** |  |
| **promotor pomocniczy:** |  |
| **numer telefonu:** |  |
| **adres zamieszkania:** |  |
| **adres e-mail:** |  |

**Pan/Pani**

………………………………………………..

**Kierownik Studiów Doktoranckich**

**na Wydziale** …………………………………

Zwracam się z prośbą o przedłużenie okresu odbywania studiów doktoranckich do dnia …............................. z powodu konieczności prowadzenia długotrwałych badań naukowych realizowanych w ramach tych studiów.

Uzasadnienie:

|  |
| --- |
|  |

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

…………………………..…………..

(podpis doktoranta)

Opinia opiekuna naukowego/promotora:

|  |
| --- |
|  |

…………………………..…………..

(podpis opiekuna naukowego/promotora)