Wrocław, dnia

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **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 trwania studiów doktoranckich do dnia ….............................

Prośbę swą uzasadniam**\***:

1. czasową niezdolnością do odbywania studiów spowodowaną chorobą;
2. koniecznością sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny;
3. koniecznością sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem do 4. roku życia
lub dzieckiem posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności;
4. posiadanym orzeczeniem o niepełnosprawności;

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

…………………………..…………..

(podpis doktoranta)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1) ……………………………………………………………………………………………………..

2) ………………………………………………………………………………………………….….