Wrocław, dnia Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

*Imię i nazwisko*

Dyscyplina naukowa: Wybierz dyscyplinę

Numer albumu: ………

Rok kształcenia: Wybierz element.

**Prorektor ds. kształcenia**

**Prof. dr hab. inż. Kamil Staniec**

**Wniosek o**

**wyrażenie zgody na obniżenie wymiaru praktyki zawodowej doktoranta Szkoły Doktorskiej**

Zwracam się z prośbą o obniżenie wymiaru praktyki zawodowej o *wpisać liczbę godzin*  w roku akademickim Wybierz element., w którym – zgodnie z obowiązującym mnie programem kształcenia – wymiar mojej praktyki zawodowej wynosi Wybierz element..

Uzasadnienie:

*Należy powołać się na odpowiednie przepisy aktualnego regulaminu Szkoły Doktorskiej w zakresie obniżenia wymiaru praktyki (np. § 4 ust 12 pkt 1-6 (wybrać właściwy punkt) PO 30/2021) i podać odpowiednie uzasadnienie*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

…………………………………………

(*podpis doktoranta*)

Opinia Promotora:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………

(*podpis promotora*)

Opinia Dziekana Szkoły Doktorskiej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

…………………………………………

(*podpis Dziekana Szkoły Doktorskiej*)

**Decyzja:**