



imię i nazwisko

rok i semestr

telefon, e-mail

Dyrektor Szkoły Doktorskiej

.....
.....

WNIOSEK O ZAWIESZENIE KSZTAŁCENIA

Zwracam się z prośbą o zawieszenie kształcenia w Szkole Doktorskiej Akademii Sztuk Pięknych im. Władysława Strzemińskiego w Łodzi w okresie od do(daty zawieszenia kształcenia) z powodu urlopu określonego w kodeksie pracy* (zaznaczyć właściwe)

- Urlopu macierzyńskiego,
- Urlopu na warunkach macierzyńskiego,
- Urlopu ojcowskiego,
- Urlopu rodzicielskiego.

.....
Podpis doktoranta

.....
data i podpis Promotora

.....
data i podpis Dyrektora SD

** Do wniosku należy dołączyć dokumenty potwierdzające niezdolność do odbywania kształcenia w Szkole Doktorskiej spowodowaną trwającym urlopem macierzyńskim, urlopem na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopem ojcowskim oraz urlopem rodzicielskim, określonym w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy*

*** Niepotrzebne skreślić*



ROZSTRZYGNIĘCIE
Dyrektora Szkoły Doktorskiej

Na podstawie powyższego wniosku **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody ****
na zawieszenie kształcenia w Szkole Doktorskiej Akademii Sztuk Pięknych
im. Władysława Strzemińskiego w Łodzi.

.....
data, pieczęć i podpis Dyrektora

** Do wniosku należy dołączyć dokumenty potwierdzające niezdolność do odbywania kształcenia w Szkole Doktorskiej spowodowaną trwającym urlopem macierzyńskim, urlopem na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopem ojcowskim oraz urlopem rodzicielskim, określonym w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy*
*** Niepotrzebne skreślić*