Wrocław, dnia ……………………

……………………….(imię i nazwisko)

……………………….(PESEL)

Kierownik Wrocławskiej Szkoły Doktorskiej

Instytutów Polskiej Akademii Nauk

w miejscu

Wniosek o zawieszenie kształcenia

Zwracam się o zawieszenie kształcenia w WSD IPAN w okresie od dnia …………………….. do dnia ……………………… w związku z urodzeniem dziecka w dniu ……………………..

Równocześnie składam zmodyfikowany Indywidualny Plan Badawczy.

……………………….(podpis doktoranta)

Informacja Działu Kadr i Płac:

Zgodnie z przepisami możliwe jest zawieszenie kształcenia w okresie od dnia ………………. do dnia …………………

……………………….

(podpis)

Wrocław, dnia ………………..…..

Decyzja Kierownika WSD IPAN:

- Zawieszam kształcenie w okresie od dnia …………………….. do dnia ……………………… Termin zakończenia kształcenia ulega zmianie na…………………….

- Odmawiam zgody na zawieszenie kształcenia ze względu na ……………………….. …………………………………………………………………………………………………...

Od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Rady Szkoły w terminie 14 dni licząc od dnia doręczenia decyzji.

……………………….

(podpis i pieczęć kierownika WSD IPAN)