**Załącznik Nr 7**

 Wrocław, dnia ……………………………. r.

**Kierownik Kolegium Doktorskiego**

**……………………………………………….**  *(podać nazwę właściwego kolegium)*

**WNIOSEK**

**w sprawie zawieszenia kształcenia**

**w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Wrocławskiego**

|  |
| --- |
| **(część A,B,C wypełnia doktorant)** |
| **A. DANE DOKTORANTA** |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL  |  |
| NUMER ALBUMU |  |
| ROK ROZPOCZĘCIA KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ  |  |
| **B. ROZPRAWA DOKTORSKA** |
| TEMAT ROZPRAWY DOKTORSKIEJ  |  |
| DYSCYPLINA NAUKOWA  |  |
| TERMIN ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ ZGODNY Z IPB |  |
| IMIĘ I NAZWISKO PROMOTORA/PROMOTORÓW STOPIEŃ/TYTUŁ NAUKOWY |  |
| IMIĘ I NAZWISKO PROMOTORA POMOCNICZEGO STOPIEŃ/TYTUŁ NAUKOWY |  |
| JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA UNIWERSYTETU WROCŁAWSKIEGO |  |
| **C. POWÓD ZAWIESZENIA KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ** |
| Wnoszę o zawieszenie kształcenia na okres odpowiadający czasowi trwania:* urlopu macierzyńskiego\*,
* urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego\*,
* urlopu ojcowskiego\*,
* urlopu rodzicielskiego\*

- określonych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z późn.zm.)*w okresie od …………..……….… do …………............ z tytułu urlopu ………………………………………………..…*  *(dzień-miesiąc-rok) (dzień-miesiąc-rok) (wpisać właściwy z wymienionych powyżej)**w wymiarze* …… tygodni;  *(liczba)**w okresie od …………..……….… do …………............ z tytułu urlopu ………………………………………………..…*  *(dzień-miesiąc-rok) (dzień-miesiąc-rok) (wpisać właściwy z wymienionych powyżej)**w wymiarze* …… tygodni;  *(liczba)**w okresie od …………..……….… do …………............ z tytułu urlopu ………………………………………………..…*  *(dzień-miesiąc-rok) (dzień-miesiąc-rok) (wpisać właściwy z wymienionych powyżej)**w wymiarze* …… tygodni;  *(liczba)**w okresie od …………..……….… do …………............ z tytułu urlopu ………………………………………………..…*  *(dzień-miesiąc-rok) (dzień-miesiąc-rok) (wpisać właściwy z wymienionych powyżej)**w wymiarze* …… tygodni;  *(liczba)*Oświadczam, że:* w dniu złożenia niniejszego wniosku otrzymuję stypendium doktoranckie w wysokości ………..………………….. złotych.

 …………………………………………………………. *(data i czytelny podpis doktoranta)* |
| **(część D wypełnia/ją promotor/promotorzy lub promotor i promotor pomocniczy\*\*)** |
| **D. PROMOTOR/PROMOTORZY LUB PROMOTOR I PROMOTOR POMOCNICZY** |
| Przyjąłem do wiadomości: |
| ……………………………………….………..…………………………………………………………… *(data, podpis(y) promotora/promotorów)**………………………………………..………….…………………………………………………………* *(data, podpis promotora pomocniczego)*  |
| **(część E wypełnia kierownik kolegium doktorskiego)** |
| **E. DECYZJA KIEROWNIKA KOLEGIUM DOKTORSKIEGO** |
| Na podstawie § 36.1 uchwały nr 134/2019 Senatu Uniwersytetu Wrocławskiego z dnia 25 września 2019 r. w sprawie regulaminu Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Wrocławskiego, z późn.zm., w zw. z art. 204 ust.3 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478, z późn. zm.) **udzielam zgody na zawieszenie kształcenia w Szkole Doktorskiej** w okresie, o którym mowa w części C niniejszego wniosku. |
| …………………………………….…………………………………………………………… (data, podpis i pieczątka kierownika kolegium doktorskiego) |

\* Zaznaczyć właściwy powód zawieszenia kształcenia w Szkole Doktorskiej. Do wniosku doktorant(ka) zobowiązany/a jest dołączyć kopię aktu urodzenia dziecka albo zaświadczenie lekarskie określające przewidywaną datę porodu (zawieszenie o okres odpowiadający urlopowi macierzyńskiemu może się rozpocząć max. 6 tygodni przed planowaną datą porodu).

\*\* Skreślić, jeżeli nie dotyczy.