

**Wzór 7**

.....  
miejsowość data

.....  
imię i nazwisko doktoranta/tki

.....  
adres zamieszkania

.....  
rok/ typ studiów

.....  
nr indeksu

**Kierownik  
Studiów Doktoranckich  
Wydział Zarządzania  
Uniwersytetu Łódzkiego**

**PRZEDŁUŻENIE TERMINU ZALICZENIA ROKU STUDIÓW**

Upzejmie proszę o wyrażenie zgody na przedłużenie terminu zaliczenia .....  
roku studiów doktoranckich stacjonarnych/niestacjonarnych\* do .....  
Uzasadnienie wniosku:

.....  
.....  
.....

.....  
podpis doktoranta/tki

**OPINIA OPIEKUNA NAUKOWEGO/PROMOTORA**

.....  
.....  
.....

.....  
podpis Opiekuna naukowego/Promotora

**DECYZJA KIEROWNIKA STUDIÓW DOKTORANCKICH**

.....  
.....

Łódź, dnia.....

.....  
podpis Kierownika Studiów Doktoranckich

Decyzję doktorantowi ogłoszono w dniu .....

.....  
podpis doktoranta/tki

*\*niepotrzebne skreślić*