

.....
(miejsowość, data)

.....
imię i nazwisko doktoranta,
dane adresowe, adres e-mail,
numer telefonu kontaktowego

Sz. P.

Prof. dr hab. Jarosław Walkowiak
Kanclerz Kolegium Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Fredry 10
61-701 Poznań

WNIOSEK O UMORZENIE PRZEWODU DOKTORSKIEGO

Niniejszym cofam swój wniosek z dnia

(data wniosku o wszczęcie przewodu doktorskiego)

i wnoszę o umorzenie postępowania w sprawie nadania mi stopnia naukowego doktora
na podstawie rozprawy doktorskiej „.....”.

(tytuł rozprawy doktorskiej, imię i nazwisko promotora)

.....
(data i podpis doktoranta)