## Wniosek o kontynuację postępowania w sprawie nadania stopnia doktora

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: ……………………………………………Tytuł zawodowy ……………………………………………Adres do korespondencji:…………………………………………… | Poznań, dnia: **……………………….…..** |
|  |  |

|  |
| --- |
| prof. dr hab. ………………………………………Kanclerz ……………………………………………Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu |

Działając na podstawie art. 189 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz. U. 2022. 574 z późn. zm.) oraz § 5 Uchwały Senatu Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu nr 69/2023 z dnia 26 kwietnia 2023 r. zwracam się z prośbą o kontynuację postępowania w sprawie nadania mi stopnia naukowego doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk zdrowiu, w dyscyplinie ……………………….

Tytuł pracy doktorskiej: …………………………………………………………….

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

 Podpis promotora/promotorów Podpis osoby ubiegającej się o nadanie stopnia naukowego doktora

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

 Podpis promotora pomocniczego

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

 Akceptacja kierownika Katedry/Dyrektora Instytutu Akceptacja Kanclerza Kolegium