*(imię i nazwisko doktoranta) (miejscowość i data)*

DOKTORANT

 *(stanowisko)*

 *(jednostka organizacyjna)*

**WNIOSEK O PRZERWĘ WYPOCZYNKOWĄ**

Proszę o udzielenie przerwy wypoczynkowej

za rok w terminie od dnia do dnia

ilość dni

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

 *podpis doktoranta*

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

*podpis promotora podpis Dyrektora Szkoły Doktorskiej*