Gdańsk, dnia ……………………… 20……… r.

Imię i nazwisko doktoranta: …………………………………………..

Numer albumu: ……………………………………………………………..

Dyscyplina naukowa: ……………………………………………………

**Dyrektor**

**Międzyuczelnianej Szkoły Doktorskiej Biotechnologii UG i GUMed**

**Prof. dr hab. Igor Konieczny**

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**

Oświadczam, iż z dniem ………………. rezygnuję z kształcenia w szkole doktorskiej z powodu ………………..

…………………………………………………

*podpis doktoranta*

Opinia promotora:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………….

*podpis promotora*

Wniosek wpłynął do biura szkół doktorskich w dniu: ………………………………………………….

*data i podpis pracownika*

*obsługującego administrację Szkoły Doktorskiej*

Przyjmuję do wiadomości:

…………………………………………………...

*podpis Dyrektora Szkoły Doktorskiej*