Gdańsk, dnia …………………………… 20…… r.

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

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

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

**Kierownik**

**Szkoły Doktorskiej [nazwa szkoły] Uniwersytetu Gdańskiego**

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

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

…………………………………………………

*podpis doktoranta*

Wniosek wpłynął do administracji Szkoły Doktorskiej w dniu: ………………………………………………….

*data i podpis pracownika*

*obsługującego administrację Szkoły Doktorskiej*