**Szkoła Doktorska Uniwersytetu Kaliskiego**

**im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego**

Kalisz, dnia ……………………..…………..………

……………………………….…………………….…………

*(imię i nazwisko Doktoranta)*

…………………………………………………..……………

*(nr albumu)*

……………………………….…………………………….…

*(rok rozpoczęcia kształcenia w Szkole Doktorskiej)*

……………………………….…………………….…………

*(dyscyplina naukowa)*

**Dyrektor**

**Szkoły Doktorskiej**

**Uniwersytetu Kaliskiego**

**WNIOSEK O ZAWIESZENIE KSZTAŁCENIA**

Zwracam się z prośbą o zawieszenie kształcenia w Szkole Doktorskiej z powodu:

⎕ urlopu macierzyński,

⎕ urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,

⎕ urlopu ojcowskiego,

⎕ urlopu rodzicielskiego,

na okres od ………………….…. do ……………………., określony w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

…………………………..………………………..

 *(czytelny podpis Doktoranta)*

Załączniki:

1. Dokumenty potwierdzające niezdolność do odbywania kształcenia spowodowaną trwającym urlopem macierzyńskim, urlopem na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopem ojcowskim oraz urlopem rodzicielski,, określonym w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

**Decyzja Dyrektora Szkoły Doktorskiej**:

………………………………………………………………………………………………...……………………….…………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………………………………………………………………..………...

…………………………..………………………………………..

 *(data, podpis Dyrektora Szkoły Doktorskiej)*