Białystok, dn. ...................................

Imię i nazwisko doktoranta

Dyscyplina naukowa:

Numer albumu:

Rok rozpoczęcia kształcenia w szkole:

**WNIOSEK O ZAWIESZENIE KSZTAŁCENIA**

 Na podstawie § 19 *Regulaminu Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu w Białymstoku* stanowiącego załącznik do Uchwały nr 3380 Senatu Uniwersytetu w Białymstoku *w sprawie uzgodnienia Regulaminu Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu w Białymstoku z dnia 17 kwietnia 2024 r.* proszę o zawieszenie kształcenia w Szkole Doktorskiej UwB na okres:

1. urlopu macierzyńskiego rozpoczynającego się z dniem ....................................................

oraz

1. urlopu rodzicielskiego przypadającego na okres od ....................... do ....................... (trwającego…….\* tygodni)

Planuje powrót od dnia .................................................................................................................

Jednocześnie informuję, że matka/ojciec\*\* dziecka planuje/nieplanuje\*\* skorzystanie z urlopu rodzicielskiego.

…………..........………………….…………

 *(Podpis doktoranta)*

Załączniki:

Skrócony odpis aktu urodzenia dziecka Nr ...............................................................

Agenda:

\* wpisać liczbę tygodni trwania urlopu rodzicielskiego

\*\* skreślić niepotrzebne