Opole, …………………………………………………………. r.

Dyrektor Szkoły Doktorskiej

Uniwersytetu Opolskiego

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

|  |  |
| --- | --- |
| **A. DANE DOKTORANTA** | |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| NUMER ALBUMU |  |
| ROK ROZPOCZĘCIA KSZTAŁCENIA  W SZKOLE DOKTORSKIEJ |  |
| **B. ROZPRAWA DOKTORSKA** | |
| TEMAT ROZPRAWY DOKTORSKIEJ |  |
| DYSCYPLINA NAUKOWA |  |
| **TERMIN ZŁOŻENIA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ ZGODNY Z ipb** |  |
| STOPIEŃ/TYTUŁ NAUKOWY  IMIĘ I NAZWISKO PROMOTORA/PROMOTORÓW |  |
| STOPIEŃ NAUKOWY  IMIĘ I NAZWISKO  PROMOTORA POMOCNICZEGO |  |
| INSTYTUT UNIWERSYTETU OPOLSKIEGO |  |

Informuję, iż z dniem ……………………………… r. rezygnuję z kształcenia w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Opolskiego.

Jednocześnie zwracam legitymację doktoranta o numerze ……….……………….

…………………………………….

(podpis doktoranta)