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 NAUKOWYIMIĘ I NAZWISKO PROMOTORA/PROMOTORÓW |  |
| STOPIEŃ NAUKOWYIMIĘ I NAZWISKOPROMOTORA 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)