

.....  
/miejsowość, data/

Dyrektor Szkoły Doktorskiej  
NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU

**WNIOSEK O ZAWIESZENIE KSZTAŁCENIA  
W SZKOLE DOKTORSKIEJ NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU**

**A. DANE DOKTORANTA**

Imię i nazwisko doktoranta: .....

Pesel: .....

Nr albumu: .....

**B. DANE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**

Dyscyplina naukowa: .....

Termin złożenia rozprawy zgodny z IPB: .....

Imię i nazwisko promotora/promotorów:  
.....

/stopień/tytuł naukowy/

Imię i nazwisko promotora pomocniczego: .....

.....

/stopień/tytuł naukowy/

Rok rozpoczęcia kształcenia w szkole doktorskiej.....

**C. DANE DOTYCZĄCE ZAWIESZENIA KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**

zawieszenie kształcenia na okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego oraz urlopu rodzicielskiego, określonych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

Data urodzenia dziecka albo przewidywana data porodu<sup>1</sup>.....

<sup>1</sup>należy dołączyć kopię aktu urodzenia dziecka albo zaświadczenie lekarskie określające przewidywaną datę porodu (zawieszenie o okres odpowiadający urlopowi macierzyńskiemu może się rozpocząć max. 6 tygodni przed planowaną datą porodu).

**D. CZAS TRWANIA ZAWIESZENIA**

Zawieszenia udziela się (należy zaznaczyć jedną opcję):

okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego<sup>2</sup> i rodzicielskiego w pełnym wymiarze .....tygodni, w terminie:

od dnia..... do dnia.....

Jednocześnie informuję, że okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego zakończy się dnia.....

okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego<sup>2</sup> i części urlopu rodzicielskiego w wymiarze..... tygodni, w terminie:

od dnia..... do dnia.....

Jednocześnie informuję, że okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego zakończy się dnia.....

o okres odpowiadający czasowi trwania części urlopu rodzicielskiego od dnia ..... do dnia.....w wymiarze .....tygodni.

Jednocześnie informuję, że okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego zakończy się dnia.....

Dotychczas korzystano/ nie korzystano\* z zawieszenia kształcenia o okres odpowiadający czasowi trwania urlopu rodzicielskiego w ..... części/częściach:

1. Zawieszenie od dnia..... do dnia.....
2. Zawieszenie od dnia..... do dnia.....
3. Zawieszenie od dnia..... do dnia.....

inne przesłanki zawieszenia<sup>3</sup> .....

\* niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup>należy uwzględnić liczbę tygodni w zależności od liczby urodzonych dzieci

<sup>3</sup>dotyczy zawieszenia o okres odpowiadający urlopowi ojcowskiemu, urlopowi na warunkach urlopu macierzyńskiego, urodzenia martwego dziecka albo zgonu dziecka, należy dołączyć odpowiednie potwierdzenie

#### D. WYPŁATA STYPENDIUM W OKRESIE ZAWIESZENIA

Deklaruję zgodę na ustalenie<sup>4</sup>:

- podstawy wymiaru kwoty stypendium doktoranckiego w wysokości 100 % przez pierwsze..... tygodni<sup>5</sup> trwania zawieszenia oraz 60 % przez pozostały czas trwania zawieszenia kształcenia
  
- podstawy wymiaru kwoty stypendium doktoranckiego w wysokości 80 % przez cały czas trwania zawieszenia kształcenia

Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Dyrektora Szkoły Doktorskiej w razie wystąpienia zmian, które mogą mieć wpływ na prawo do zawieszenia kształcenia w szkole doktorskiej.

.....  
(czytelny podpis doktoranta)

Do wiadomości przyjęli:

.....  
(podpis i pieczętka Promotora)

.....  
(podpis i pieczętka Promotora pomocniczego)

.....  
(data, podpis i pieczętka Dyrektora Szkoły Doktorskiej)

<sup>4</sup> dotyczy tylko osób, które złożą wniosek o zawieszenie kształcenia najpóźniej do 21 dnia od dnia urodzenia dziecka

<sup>5</sup> należy wpisać liczbę tygodni w zależności od liczby urodzonych dzieci