Załącznik nr 1.1 do „Warunków i trybu rekrutacji do Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

w roku akademickim 2025/2026”

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

*miejscowość, data*

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

*Imię i nazwisko*

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

Tytuł zawodowy

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

*Adres do korespondencji*

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

*Telefon kontaktowy*

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

*Adres e-mail*

# Dyrektor Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

**PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

**w roku akademickim 2025/2026**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na pierwszy rok do Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu do projektu pt.

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

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

w \*

*(podać nazwę Katedry / Zakładu)*

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z obowiązującymi na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu warunkami i trybem rekrutacji do Szkoły Doktorskiej oraz regulaminem Szkoły Doktorskiej.

**\*Wypełnić komputerowo**

Z wyrazami szacunku,