.................................................................................... Rzeszów, dnia ……….......................

Imię i nazwisko

....................................................................................

Nr PESEL

Rok …….., kierunek studiów …………………………. III stopnia stacjonarne

Nr albumu ……………………

Adres …………………………………………………….

Telefon kontaktowy ………………………………

**Dr hab. Maciej Wnuk, prof. UR**

**Dyrektor Szkoły Doktorskiej**

**Uniwersytetu Rzeszowskiego**

**Proszę o udzielenie zgody na:**

……………………………………………………………………………………………………………

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

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

**Uzasadnienie:** ………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

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

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

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

*………………………………………….*

 podpis