Łódź, dnia ….………………………………

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

*(pieczątka Szkoły Doktorskiej UŁ)*

**SKIEROWANIE NA STAŻ DLA DOKTORANTÓW SZKÓŁ DOKTORSKICH UŁ**

Uniwersytet Łódzki wnosi o umożliwienie odbycia stażu Panu/Pani\*

**mgr** …………………………………………………………………………………………………………………………………...….,

*(imię i nazwisko)*

doktorantowi/tce Szkoły Doktorskiej …………………….…………………………..……………………..…….. UŁ,

*(nazwa szkoły doktorskiej)*

……………..…… rok kształcenia, nr albumu: ….................

Czas trwania stażu: …………………………………………………………….

Termin stażu: od ………………………….. do ……………………………….

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

*(pieczątka i podpis Dyrektora Szkoły Doktorskiej UŁ)*

(wypełnia jednostka przyjmująca doktoranta/tkę na staż)

…...................................................................... ................................... *(pieczątka uczelni/jednostki przyjmującej na staż) (data)*

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

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

*(nazwa i adres uczelni/instytucji przyjmującej na staż)*

przyjmuje na staż Pana/Panią\* mgr……………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………, *(imię i nazwisko)*

doktoranta/tkę Szkoły Doktorskiej ………………………….……………………………………………………….. UŁ,

*(nazwa szkoły doktorskiej)*

…………….…………… rok kształcenia, nr albumu: ………………………………………………………………………..

Opiekunem stażu będzie:

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

*(imię i nazwisko, tytuł/stopień naukowy)*

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

*(podpis i pieczęć osoby reprezentującej jednostkę   
 instytucji przyjmującej na staż)*