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)*