**Wniosek**

o zaliczenie szkolenia/kursu w ramach samodoskonalenia naukowego, zgodnie z programem Szkoły Doktorskiej w UPWr.

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko doktoranta** |  |
| **Dyscyplina naukowa** |  |
| **Promotor** |  |
| **Nazwa szkolenia/kursu** |  |
| **Przewidziany termin szkolenia/kursu** |  |
| **Koszt szkolenia/kursu** |  |
| **Krótki opis szkolenia/kursu** |  |
| **Wymiar godzinowy szkolenia/kursu z asystą prowadzącego** |  |
| **Wymiar godzinowy pracy własnej (wraz z opisem, jaka praca została wykonana)** |  |

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

*(podpis Promotora) (podpis doktoranta)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis przewodniczącego Rady Szkoły Doktorskiej**  | *Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* *na zaliczenie szkolenia/kursu w ramach samodoskonalenia naukowego, zgodnie z programem SD UPWr.* |