**załącznik nr 2**

do warunków i trybu rekrutacji do Szkoły Doktorskiej UMP - rok akademicki 2024/2025

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

**PROWADZONEJ PRZEZ UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO**

**W POZNANIU**

Data złożenia wniosku

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

IMIĘ I NAZWISKO: .........................................................................

NR PESEL lub w przypadku obcokrajowców nr paszportu :………………………………………………………………………….

***Rektor***

***Uniwersytetu Medycznego***

***im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu***

Proszę o przyjęcie do Szkoły Doktorskiej prowadzonej przez Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu w roku akademickim 2024/2025.

Prace naukową i dydaktyczną chcę realizować w .....................................................................................

(należy podać nazwę jednostki Uniwersytetu)

pod kierunkiem Pana/Pani .......................................................................................................................

(należy podać nazwisko osoby przewidzianej na promotora)

Obszar wiedzy w zakresie tematyki planowanej pracy naukowej:

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

(uszczegółowienie w zależności od dyscypliny nauki np. ginekologia, pediatria, analityka medyczna, dietetyka, zdrowie publiczne itp.)

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Warunkami i trybem rekrutacji do szkoły doktorskiej prowadzonej przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w roku akademickim 2024/2025.

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

czytelny podpis kandydata