



Warszawa, dnia ..... 20..... r.

**dr hab. Aleksandra Tłuściak-Deliowska, prof. APS**  
**Kierownik Szkoły Doktorskiej APS**

### **Wniosek o zawieszenie kształcenia w Szkole Doktorskiej**

Imię i nazwisko doktoranta: .....  
Nr albumu: .....  
Adres korespondencyjny: .....  
Nr tel., e-mail: .....

Promotor: .....  
Promotor pomocniczy: .....

Proszę o zawieszenie kształcenia w Szkole Doktorskiej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie na okres od ..... do .....,  
w związku z:\*

- urlopem macierzyńskim, urlopem ojcowskim oraz urlopem rodzicielskim określonych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1320 z późn. zm.);
- czasową niezdolnością do odbywania kształcenia w Szkole Doktorskiej spowodowanej chorobą, niepełnosprawnością lub szczególnymi potrzebami w rozumieniu §1 ust. 2 pkt 5 Regulaminu Szkoły Doktorskiej;
- koniecznością sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny;
- koniecznością sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem do 4 roku życia lub dzieckiem posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności.

Jednocześnie zobowiązuję się złożyć oświadczenie o podjęciu zawieszonoego kształcenia w terminie 14 dni od dnia zakończenia okresu zawieszenia kształcenia.

.....  
czytelny podpis doktoranta

.....  
podpis promotora

*Uwaga: Do wniosku należy załączyć dokument/y uzasadniający/uzasadniające zawieszenie kształcenia.*

\* Proszę zaznaczyć właściwe.