

Szkoła Doktorska Uniwersytetu Wrocławskiego
Kolegium Doktorskie
Dyscyplina naukowa
Wydział

.....
imiona i nazwisko doktoranta (ki)

.....
numer albumu

.....
rok kształcenia

.....
rok akademicki

Karta wyjazdów doktoranta*

Lp.	Kraj	Nazwa jednostki przyjmującej	Cel i charakter wyjazdu	Okres pobytu**	Podpis pracownika dziekanatu

* dotyczy wyjazdów na okres powyżej miesiąca

** podać dokładnie od do

.....
podpis doktoranta

Wrocław,
data

.....
podpis kierownika kolegium doktorskiego