|  |  |
| --- | --- |
| **WNIOSEK**  **O PRZYZNANIE ZWIĘKSZENIA STYPENDIUM DOKTORANCKIEGO**  **dla doktorantów I roku studiów**  **na rok akademicki…………………………………………** | |
| Imię i nazwisko Doktoranta (Wnioskujący): | Wydział, dyscyplina naukowa studiów: |
| numer PESEL (w przypadku jego braku – nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)\* |
| 1. Uzyskał/a na studiach II stopnia lub jednolitych magisterskich średnią ocen:   …………………………………………..  Potwierdzenie | |

\* niepotrzebne skreślić

Kraków dnia ………………………………………………… ……………………………………………

Podpis doktoranta