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

(miejscowość, data)

* Imię i nazwisko:
* **Stanowisko naukowe:**
* Podstawowe miejsce pracy:
* Dodatkowe miejsce pracy:
* Numer telefonu:
* E-mail:
* Dziedzina:
* Dyscyplina:

**Dyrektor Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi**

**Dr hab. n. med. Iwona Maroszyńska, prof. instytutu**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na uiszczenie na rzecz Rady Doskonałości Naukowej (RDN) opłaty za przeprowadzenie postępowania o nadanie tytułu profesora. Prośba podyktowana jest planowanym w najbliższym czasie złożeniem wniosku w tej sprawie do RDN (podstawa prawna art. 182, ust.6 i 7 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce - Dz.U.2018, poz.1668 z późn. zmian.).

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

(podpis)

Potwierdzenie zatrudnienia pracownika na stanowisku naukowym oraz statusu zatrudnienia (podstawowe/dodatkowe miejsce pracy) przez Dział Kadr ICZMP.

………………………………………………