**Zahtjev za pokretanje postupka stjecanja dvojnog doktorata**

Molim Vas da se pokrene postupak stjecanja dvojnog doktorata, a kojemu će prethoditi potpisivanje sporazuma izrađenog na temelju niže navedenih podataka:

**PODACI O KANDIDATU**

Ime i prezime kandidata:

Dan, mjesec, godina rođenja:

Mjesto i država rođenja:

Državljanstvo:

Naziv matičnog sveučilišta:

Fakultet:

Odsjek:

Doktorski program:

**PODACI – MATIČNO SVEUČILIŠTE** (**matično sveučilište** je ono na kojem ste upisani, **partnersko sveučilište** je ono koje upisujete u svrhu ostvarivanja suradnje u sklopu dvojnog doktorata)

Mentor (ime, prezime i titula):

Na koje pravne dokumente institucije će se sporazum pozivati (za Sveučilište u Zagrebu to su Pravilnik o doktorskim studijima, Pravilnik o međunarodnim dvojnim doktoratima) potrebi:

Rektor/predstavnik ustanove:

Adresa institucije:

Akademska godina upisa doktorskog studija na matičnom fakultetu:

**PODACI – PARTNERSKO SVEUČILIŠTE**

Naziv partnerskog sveučilišta:

Fakultet:

Odsjek:

Doktorski program:

Akademska godina upisa doktorskog studija na partnerskoj ustanovi:

Mentor (ime, prezime i titula):

Na koje pravne dokumente institucije će se sporazum pozivati:

Rektor/predstavnik ustanove:

Adresa institucije:

**PODACI O DOKTORSKOM STUDIJU**

Predviđeno trajanje doktorskog studija:

Predviđeno vrijeme boravka na partnerskoj instituciji:

**PODACI O DOKTORSKOM RADU**

Predviđena tema doktorskog rada (na jeziku pisanja doktorskog rada i prijevod na engleski):

Predviđena akademska godina za obranu doktorskog rada:

Jezik pisanja doktorskog rada:

Jezik obrane doktorskog rada:

Mjesto obrane doktorskog rada:

Struktura Povjerenstva za obranu doktorskog rada (broj članova i s koje su institucije, broj vanjskih članova):

Tko snosi financiranje putnih troškova članova povjerenstva koji putuju na partnersku instituciju u svrhu sudjelovanja na obrani doktorskog rada:

**NAKNADE**

Doktorand plaća školarinu na (naziv institucije):

Doktorand je oslobođen plaćanja školarine na (naziv institucije):

**ZDRAVSTVENO OSIGURANJE KANDIDATA**

Zdravstveno osiguranje kandidata za vrijeme istraživanja na matičnoj instituciji:

Zdravstveno osiguranje kandidata za vrijeme istraživanja na partnerskoj instituciji:

**KONAKT INFORMACIJE OSOBE ZADUŽENE ZA KOORDINACIJU COTUTELLEA NA PARTNERSKOJ INSTITUCIJI (administrativno osoblje na partnerskom sveučilištu)**

Ime i prezime kontakt osobe:

E-mail kontakt osobe:

Telefon kontakt osobe:

Adresa:

**PODACI O POŠILJATELJU ZAHTJEVA (administrativno osoblje sastavnice Sveučilišta u Zagrebu)**

Ime i prezime:

Funkcija:

E-mail:

Broj telefona:

Adresa:

U      ,

(nadnevak)