**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

Gdańsk, dnia …………………………

**WNIOSEK  
o przyjęcie do interdyscyplinarnego programu studiów doktoranckich, realizowanego w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, zadanie 5 – Uruchomienie interdyscyplinarnego programu studiów doktoranckich (moduł 5),**

**nr POWR.03.05.00-00-z082/18**

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………….

Tryb (Studia Doktoranckie/Szkoła Doktorska\*)

Nr albumu…………………………………………………………………………………………………………………..

Rok/semestr………………………………………………………………………………………………………………..

Promotor/opiekun naukowy ……………………………………………………………………………………………..

Tytuł rozprawy doktorskiej:

………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………….

Adres e-mail: …………………………

Bank: ………………………………………………………………………………………………….

Nr rachunku: ………………………………………………………………………………………….

*\*niepotrzebne skreślić.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny Kandydata** | **Źródło danych** | **Przyznane punkty - wypełnia Komisja Kwalifikacyjna** |
| Średnia arytmetyczna ocen wyliczona - do dwóch miejsc po przecinku - ze wszystkich egzaminów i zaliczeń uzyskanych w trakcie kształcenia na Studiach Doktoranckich, do momentu złożenia Wniosku o przyjęcie do Programu, zgodnie z przelicznikiem określonym w Regulaminie *(dotyczy uczestników Studiów Doktoranckich).* | Biuro Spraw Doktoranckich |  |
| Liczba punktów, uzyskanych w trakcie rekrutacji do Szkoły Doktorskiej, zgodnie z przelicznikiem określonym w Regulaminie *(dotyczy uczestników Szkoły Doktorskiej)*. | Biuro Spraw Doktoranckich |  |
| Osiągnięcia naukowe Kandydata, uzyskane w trakcie kształcenia na Studiach Doktoranckich lub w Szkole Doktorskiej. | Załącznik nr 2 |  |
| Aktywności dodatkowe Kandydata w toku kształcenia na Studiach Doktoranckich lub w Szkole Doktorskiej. | Załącznik nr 2 |  |
| Poziom naukowy realizowanej pracy doktorskiej. | Załącznik nr 3 |  |
| Stan zaawansowania prac/postęp prac nad przygotowaniem rozprawy doktorskiej oraz realność ukończenia pracy w terminie przewidzianym w Projekcie. | Załącznik nr 4 |  |
|  | **Suma punktów** |  |

Oświadczam, że:

1. mój przewód doktorski został wszczęty w terminie do dnia 30.04.2019 r. - **TAK\*/NIE\***;

*(jeśli wybrano odpowiedź NIE)*

* wyznaczono promotora mojej rozprawy doktorskiej - **TAK\*/NIE\***;

*(jeśli wybrano odpowiedź NIE)*

* wniosek o wyznaczenie promotora mojej rozprawy doktorskiej zamierzam złożyć w terminie do dnia

…………………………………..

1. jestem uczestnikiem innych projektów, współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020 – **TAK\*/NIE\***;

*(jeśli wybrano odpowiedź TAK)*

* tytuł projektu …………………………………………………………………………………………………....;
* Kierownik projektu ……………………………………………………………………………………………..;
* zgoda Kierownika projektu na udział w interdyscyplinarnym programie studiów doktoranckich, realizowanym w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, zadanie 5 – Uruchomienie interdyscyplinarnego programu studiów doktoranckich (moduł 5):

wyrażam zgodę

……………………………………….

podpis Kierownika projektu

* akceptacja opiekuna/promotora pracy doktorskiej faktu uczestnictwa w interdyscyplinarnym programie studiów doktoranckich, realizowanym w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, zadanie 5 – Uruchomienie interdyscyplinarnego programu studiów doktoranckich (moduł 5):

akceptuję

……………………………………….

podpis opiekuna/promotora

*\*niepotrzebne skreślić.*

Oświadczam, że dane podane we wniosku o przyjęcie do programu są zgodne ze stanem faktycznym i jest mi znana odpowiedzialność regulaminowa i prawna za wpisanie danych niezgodnych z prawdą.

…………………………………........

Data i czytelny podpis Kandydata

Załączniki:

|  |  |
| --- | --- |
| Załącznik nr 1 | Deklaracja uczestnictwa w Projekcie. |
| Załącznik nr 2 | Wykaz dorobku naukowego doktoranta oraz osiągnięć w zakresie praw własności intelektualnej i zastosowania wyników badań naukowych w praktyce |
| Załącznik nr 3 | Opis zadania badawczego w obszarze planowanej rozprawy doktorskiej oraz dotychczasowego przebiegu prac nad przygotowaniem tej rozprawy. |
| Załącznik nr 4 | Informacja dotycząca stopnia zaawansowania prac nad przygotowaniem rozprawy doktorskiej oraz spodziewanego terminu obrony doktoratu. |
| Załącznik nr 5 | Deklaracja czynnego uczestnictwa w zajęciach w ramach interdyscyplinarnego programu studiów doktoranckich, w związku z projektem pt. „Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego”,  zadanie 5 - „Uruchomienie interdyscyplinarnego programu studiów doktoranckich” (moduł 5). |
| Załącznik nr 6 | Formularz danych osobowych. |

**Załącznik nr 1 do Wniosku**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

1. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w interdyscyplinarnym programie studiów doktoranckich, realizowanym w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,* nr POWR.03.05.00-00-z082/18.
2. Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020, Oś priorytetowa III - Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie 3.5 - Kompleksowe programy szkół wyższych.
3. Oświadczam, iż:

* jestem doktorantką/tem Studiów Doktoranckich/Szkoły Doktorskiej\* na …… roku kształcenia na Wydziale ………………………………………./w dyscyplinie\* ……………………………………. i spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające do udziału w Projekcie;
* zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w interdyscyplinarnym programie studiów doktoranckich, realizowanym w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, zadanie 5 – Uruchomienie interdyscyplinarnego programu studiów doktoranckich (moduł 5), Regulamin akceptuję i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
* zostałam/łem poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020, Oś priorytetowa III - Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działanie 3.5 - Kompleksowe programy szkół wyższych;
* jestem świadoma/y, że złożenie dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie;
* zobowiązuję się do regularnego udziału w formach wsparcia, do których zostanę zakwalifikowana/ny oraz każdorazowego poświadczania swojej obecności własnoręcznym podpisem na listach obecności, z wyłączeniem zajęć prowadzonych w formie on-line, zgodnie z zasadami wynikającymi z odrębnych przepisów*;*
* zobowiązuję się do uczestnictwa w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu;
* zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Beneficjenta o zmianach moich danych osobowych;
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, przy ul. M. Skłodowskiej - Curie 3a, 80-210 Gdańsk, na potrzeby realizacji Projektu, na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zgodnie z **Załącznikiem 2** do Regulaminu;
* administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
* uprzedzona/ny o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

……………………………………

Data i czytelny podpis Kandydata

*\*niepotrzebne skreślić*.

**Załącznik nr 2 do Wniosku**

**Wykaz dorobku naukowego doktoranta oraz osiągnięć** **w zakresie praw własności intelektualnej i zastosowania wyników badań naukowych w praktyce**

* + - 1. Publikacje naukowe w czasopismach z listy ministerialnej z afiliacją GUMed

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  | |  |
| Autor/Autorzy |  | | | | |
| Tytuł |  | | | | |
| Czasopismo |  | | | | |
| Impact Factor (IF);  Punktacja wg wykazów MNiSW | IF |  | Punktacja MNiSW | |  |
| Rok publikacji |  | Liczba punktów | |  | |
| **2.** |  |  |  | |  |
| Autor/Autorzy |  | | | | |
| Tytuł |  | | | | |
| Czasopismo |  | | | | |
| Impact Factor (IF);  Punktacja wg wykazów MNiSW | IF |  | Punktacja MNiSW | |  |
| Rok publikacji |  | Liczba punktów | |  | |
| **3.** |  |  |  | |  |
| Autor/Autorzy |  | | | | |
| Tytuł |  | | | | |
| Czasopismo |  | | | | |
| Impact Factor (IF);  Punktacja wg wykazów MNiSW | IF |  | Punktacja MNiSW | |  |
| Rok publikacji |  | Liczba punktów | |  | |
| **4.** |  |  |  | |  |
| Autor/Autorzy |  | | | | |
| Tytuł |  | | | | |
| Czasopismo |  | | | | |
| Impact Factor (IF);  Punktacja wg wykazów MNiSW | IF |  | Punktacja MNiSW | |  |

**Załączniki:**

Analiza bibliometryczna publikacji GUMed lub kopia manuskryptu wraz z potwierdzeniem zaakceptowania go do druku, jeśli nie został jeszcze opublikowany.

* + - 1. Realizowane projekty badawcze, finansowane ze źródeł krajowych i zagranicznych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tytuł projektu |  | |
| Nr umowy;  Źródło finansowania  (np. NCN, NCBR, FNP, itp.) |  |  |

**Załączniki:**

* Kserokopia umowy zawartej z instytucją finansującą realizację projektu lub decyzja o przyznaniu Kandydatowi finansowania, jeśli umowa taka nie została jeszcze podpisana

lub

* Potwierdzenie Kierownika projektu wraz z pieczątką i podpisem, określające charakter udziału Kandydata w projekcie.
  + - 1. Konferencje naukowe – krajowe i zagraniczne, staże naukowo-badawcze

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa | Opis |
|  |  |

**Załączniki:**

* Abstrakt oraz strony książki zjazdowej/strony internetowej, gdzie znajdują się informacje o abstrakcie prezentowanym przez Kandydata;
* Potwierdzenie z ośrodka przyjmującego Kandydata na staż.
  + - 1. Inne (udział w tworzeniu praw własności intelektualnej (zgłoszenia patentowe, patenty) oraz komercjalizacji wyników badań naukowych/wdrożeniach, nagrody i wyróżnienia na konferencjach, sympozjach i debatach naukowych oraz za działalność naukową w ramach wykonywanej pracy naukowej (np. stypendium Polpharmy), z wyłączeniem stypendiów przyznawanych przez GUMed)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa | Opis |
|  |  |

**Załączniki:**

* Kserokopia podania o udzielenie patentu na wynalazek lub dokumentu patentowego;
* Kserokopie dokumentów formalnych, potwierdzających komercjalizację wyników badań naukowych lub wdrożenie;
* Kserokopia dyplomu/certyfikatu.

…….…………………………………

Data i czytelny podpis Kandydata

**Załącznik nr 3 do Wniosku**

**Opis zadania badawczego w obszarze planowanej rozprawy doktorskiej oraz dotychczasowego przebiegu prac nad przygotowaniem tej rozprawy**

(maks.1,5 strony A4)

Tytuł rozprawy doktorskiej:

………………………………………………………………………………………………………………………………

Promotor/opiekun naukowy: …………………………………………………………………………………………….

Opis zadania badawczego (cel prowadzonych badań/hipoteza badawcza; znaczenie dla rozwoju danej dyscypliny naukowej; plan badań/harmonogram; zastosowane metody badawcze (punkty)) oraz dotychczasowego przebiegu prac nad przygotowaniem rozprawy doktorskiej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

.………………………………………

Data i czytelny podpis Kandydata

**Załącznik nr 4 do Wniosku**

**Informacja dotycząca stopnia zaawansowania prac nad przygotowaniem rozprawy doktorskiej oraz spodziewanego terminu obrony doktoratu**

Opis zaawansowania pracy nad przygotowaniem rozprawy doktorskiej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Forma pracy doktorskiej (cykl publikacji lub monografia/maszynopis):

Przewidywany termin złożenia/obrony pracy doktorskiej:

Dotychczasowe publikacje:

Inne formy aktywności naukowej:

Data i podpis promotora/opiekuna naukowego

.……..……………………………………………..

**Załącznik nr 5 do Wniosku**

**DEKLARACJA**

czynnego uczestnictwa w zajęciach w ramach interdyscyplinarnego programu studiów doktoranckich, w związku z projektem pt. „Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego”, zadanie 5 - „Uruchomienie interdyscyplinarnego programu studiów doktoranckich” (moduł 5).

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………

Tryb (Studia Doktoranckie/Szkoła Doktorska\*)……………………………………………………………..

Nr albumu………………………………………………………………………………………………………

Rok/semestr……………………………………………………………………………………………………

Deklaruję czynny udział w:

* minimum czterech zajęciach fakultatywnych z listy zaproponowanej przez Beneficjenta,
* dwóch szkołach letnich organizowanych w ramach Projektu,
* szkoleniu dotyczącym tematyki prowadzonych prac badawczych,
* krajowych konferencjach naukowych, o łącznym czasie trwania nieprzekraczającym 10 dni.

…..……………………………………

Data i czytelny podpis Kandydata

*\* niepotrzebne skreślić.*

**Załącznik nr 6 do Wniosku**

**FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA** | 1. | Imię (imiona) |  |
| 2. | Nazwisko |  |
| 3. | PESEL |  |
| 4. | Płeć | □ Kobieta □ Mężczyzna |
| 5. | Wiek w chwili przystąpienia do Projektu |  |
| 6. | Wykształcenie | □ Wyższe □ Inne |
| **DANE KONTAKTOWE** | 7. | Województwo |  |
| 8. | Powiat |  |
| 9. | Gmina |  |
| 10. | Miejscowość |  |
| 11. | Ulica |  |
| 12. | Nr budynku/nr lokalu |  |
| 13. | Kod pocztowy |  |
| 14. | Obszar | □ obszar wiejski  □ gmina wiejska  □ gmina miejsko-wiejska  □ gmina miejska  □ miasto do 25 tys. mieszkańców  □ miasto powyżej 25 tys. mieszkańców |
| 15. | Telefon kontaktowy |  |
| 16. | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | 17. | Data rozpoczęcia udziału w Projekcie |  |
| 18. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu | □ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □ Osoba bierna zawodowo  □ Osoba pracująca, miejsce zatrudnienia: ………………………….............................................................................................................................................................................. |
|  |  | w tym:  Wykonywany zawód | □ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  □ Pracownik instytucji rynku pracy  □ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  □ Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  □ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  □ Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  □ Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  □ Nauczyciel kształcenia zawodowego  □ Nauczyciel kształcenia ogólnego  □ Nauczyciel wychowania przedszkolnego  □ Instruktor praktycznej nauki zawodu  □ Rolnik  □ Inny |
| **STATUS UCZESTNIKA** | 19. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | □ TAK  □ NIE  □ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 20. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ TAK  □ NIE |
| 21. | Osoba z niepełnosprawnościami | □ TAK  □ NIE  □ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 22. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK  □ NIE  □ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

……………………………………………………..

Data i czytelny podpis Kandydata