**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

……………………  
miejscowość, data

**WNIOSEK  
o przyjęcie do programu zajęć warsztatowych w formie projektowej – *Young Scientist Program*, realizowanego w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, zadanie 3 – Program poprawy kompetencji studentów (moduł 2), EDYCJA II**

Imię i nazwisko Kandydata: ………………………………………………………………………….

Kierunek studiów: …………………………………………………………………............................

Wydział ………………………………………………………………………………………………

Stopień studiów: …………

Rok studiów: ……………..

Numer albumu: ………….

Telefon: …………

Adres e-mail: ……………….

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny Kandydata** | **Źródło danych** | **Przyznane punkty - wypełnia Komisja Konkursowa** |
| Średnia ocen z lat studiów poprzedzających rok przystąpienia do procesu rekrutacji, wyliczona - do dwóch miejsc po przecinku - ze wszystkich egzaminów i zaliczeń wynikających z programu studiów, zgodnie z przelicznikiem określonym w Regulaminie. | Pisemna informacja o średniej ocen z lat studiów poprzedzających rok złożenia aplikacji, potwierdzona przez właściwy dziekanat |  |
| Motywacja przystąpienia do Programu. | List motywacyjny |  |
| Dotychczasowe osiągnięcia Kandydata. | Załącznik nr 2 |  |
| Atrakcyjność projektu zgłoszonego we Wniosku o przyjęcie do Programu. | Załącznik nr 3 |  |
| Zdolność Kandydata do przeprowadzenia projektu w ramach Programu. | Załącznik nr 3 |  |
| Wkład Kandydata w projekt, który ma być realizowany w ramach Programu. | Załącznik nr 3 |  |
|  | **Suma punktów** |  |

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 | Dotychczasowe osiągnięcia Kandydata. |
| Załącznik nr 3 | Syntetyczny opis projektu, realizowanego w ramach programu zajęć warsztatowych w formie projektowej. |
| Załącznik nr 4 | Formularz danych osobowych. |

**Załącznik nr 1 do Wniosku**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

1. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w programie zajęć warsztatowych w formie projektowej 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 studentką/tem studiów stacjonarnych …………. roku na kierunku ………………....................., na Wydziale …………… i spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające do udziału w Projekcie;
* zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w programie zajęć warsztatowych w formie projektowej, realizowanym w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, zadanie 3 – Program poprawy kompetencji studentów (moduł 2), 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 aplikacyjnych 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

**Załącznik nr 2 do Wniosku**

**Dotychczasowe osiągnięcia Kandydata**

* + - 1. Autorstwo/współautorstwo publikacji naukowej w czasopiśmie z listy MNiSW

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

**Załączniki:**

* Kopia stron zawierających tytuł publikacji, imię i nazwisko autora/autorów, datę opublikowania/link do miejsca, w którym znajduje się publikacja

lub

* kopia manuskryptu wraz z potwierdzeniem zaakceptowania go do druku, jeśli nie został jeszcze opublikowany.
  + - 1. 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 (wystąpienia ustne lub sesja plakatowa)

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

**Załączniki:**

Abstrakt oraz strony książki zjazdowej/strony internetowej, gdzie znajdują się informacje o abstrakcie prezentowanym przez Kandydata, kopia stron z materiałów konferencyjnych zawierających datę i nazwę konferencji lub inny dokument potwierdzający wystąpienie ustne/sesję plakatową.

* + - 1. Kursy i szkolenia

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

**Załączniki:**

Kserokopia certyfikatu/dyplomu.

* + - 1. Aktywności dodatkowe Kandydata w trakcie studiów (koła naukowe, samorząd studencki)

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

**Załączniki:**

Zaświadczenia dokumentujące czynny udział w organizacjach studenckich.

…….…………………………………

Data i czytelny podpis Kandydata

**Załącznik nr 3 do Wniosku**

**Syntetyczny opis projektu, realizowanego w ramach programu zajęć warsztatowych w formie projektowej** (maks. 2 strony A4)

Tytuł projektu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Temat projektu[[1]](#footnote-1): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Projekt o charakterze badawczym/zarządczym/biznesowym[[2]](#footnote-2).

Opiekun naukowy[[3]](#footnote-3): ………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………..

Data i czytelny podpis Kandydata

**Załącznik nr 4 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, policealne, ponadgimnazjalne, gimnazjalne, podstawowe, niższe niż podstawowe) |  |
| **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

1. Tematem projektu badawczego może być medycyna podstawowa, medycyna translacyjna, medycyna kliniczna, farmacja oraz nauki o zdrowiu. Projekt o charakterze zarządczym/biznesowym może być realizowany w zakresie medycyny, farmacji lub nauk o zdrowiu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-2)
3. Opiekun naukowy ze stopniem naukowym co najmniej doktora, którego działalność, zainteresowania i wiedza ekspercka umożliwią realizację projektu o charakterze badawczym lub zarządczym/biznesowym. [↑](#footnote-ref-3)