



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w interdyscyplinarnym programie studiów doktoranckich,
realizowanym w ramach projektu pt. *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,*

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 – edycja III

Okres wsparcia:

do 6 miesięcy

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 (<i>dotyczy uczestników Studiów Doktoranckich</i>). | Biuro Spraw Doktoranckich | |
| Liczba punktów, uzyskanych w trakcie rekrutacji do Szkoły Doktorskiej, zgodnie z przelicznikiem określonym w Regulaminie (<i>dotyczy uczestników Szkoły Doktorskiej</i>). | 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:

I. 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

.....

II. 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 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 zostaną 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.

2. 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 pieczętką i podpisem, określające charakter udziału Kandydata w projekcie.

3. 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.

4. 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

6

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

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH

| | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|--|---|
| DANE UCZESTNIKA | 1. | Imię (imiona) | |
| | 2. | Nazwisko | |
| | 3. | PESEL | |
| | 4. | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| | 5. | Wiek w chwili przystąpienia do Projektu | |
| | 6. | Wykształcenie | <input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Inne |
| DANE KONTAKTOWE | 7. | Województwo | |
| | 8. | Powiat | |
| | 9. | Gmina | |
| | 10. | Miejscowość | |
| | 11. | Ulica | |
| | 12. | Nr budynku/nr lokalu | |
| | 13. | Kod pocztowy | |
| | 14. | Obszar | <input type="checkbox"/> obszar wiejski <input type="checkbox"/> gmina wiejska <input type="checkbox"/> gmina miejsko-wiejska <input type="checkbox"/> gmina miejska <input type="checkbox"/> miasto do 25 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, miejsce zatrudnienia: |

| | | | |
|--------------------------|-----|--|--|
| | | | |
| | | w tym: Wykonywany zawód | <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Inny |
| STATUS UCZESTNIKA | 19. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| | 20. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | 21. | Osoba z niepełnosprawnościami | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| | 22. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

.....
Data i czytelny podpis Kandydata