Załącznik nr 1

do zarządzenia Nr 1 Dyrektora Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

z dnia 17 lutego 2025 r.

***WNIOSEK O POWOŁANIE***

***DRUGIEGO PROMOTORA/PROMOTORA POMOCNICZEGO***\**(\*zaznaczyć właściwe)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE PROJEKTU DOKTORSKIEGO** | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO DOKTORANTA | | |  |
| TYTUŁ PROJEKTU DOKTORSKIEGO | | |  |
| IMIĘ I NAZWISKO PROMOTORA | | |  |
| 1. **DANE KANDYDATA NA DRUGIEGO PROMOTORA/PROMOTORA POMOCNICZEGO**\**(\*zaznaczyć właściwe)* | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO | | |  |
| STOPIEŃ/TYTUŁ NAUKOWY | | |  |
| MIEJSCE ZATRUDNIENIA | | |  |
| DYSCYPLINA NAUKOWA | | |  |
| 1. **ANKIETA DOROBKU NAUKOWEGO KANDYDATA NA DRUGIEGO PROMOTORA/PROMOTORA POMOCNICZEGO**\**(\*zaznaczyć właściwe)*   *(uzupełnia drugi promotor/promotor pomocniczy)* | | | |
| 1. SYNTETYCZNA CHARAKTERYSTYKA ZAINTERESOWAŃ NAUKOWO-BADAWCZYCH: | | | |
| 1. SUMARYCZNY DOROBEK PUBLIKACYJNY WRAZ Z WYKAZEM PUBLIKACJI ZA OKRES OSTATNICH 5 LAT (wartość IF, MNiSW, Index Hirscha, liczba cytowań bez autocytowań). W załączeniu *dołączyć wykaz publikacji potwierdzony przez Bibliotekę Medyczną CM):* | | | |
| ……………………….  *data* | | ……………………………………………………………………………………..  *pieczęć imienna i podpis drugiego promotora/promotora pomocniczego* | |
| 1. **UZASADNIENIE POTRZEBY POWOŁADNIA DRUGIEGO PROMOTORA/PROMOTORA POMOCNICZEGO**\**(\*zaznaczyć właściwe)*   *(uzupełnia promotor)* | | | |
|  | | | |
| 1. **ZAKRES ZADAŃ I OBOWIĄZKÓW DRUGIEGO PROMOTORA/PROMOTORA POMOCNICZEGO**\**(\*zaznaczyć właściwe)*   *(uzupełnia promotor)* | | | |
|  | | | |
| ……………………….  *data* | | ……………………………………………………………………………………..  *pieczęć imienna i podpis promotora* | |
| 1. **DECYZJA DYREKTORASZKOŁY DOKTORSKIEJ** | | | |
| ZGODA  BRAK ZGODY | | | |
| ……………………….  *data* | ……………………………………………………………………………………..  *pieczęć imienna i podpis dyrektora szkoły doktorskiej* | | |