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* |