

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STATUSU PROFESORA POMOCNICZEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA** |  |
| **POZIOM WYKSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO** |  |
| **DOROBEK NAUKOWY I ZAWODOWY** |
| **INNE KWALIFIKACJE I OSIĄGNIĘCIA** |
| **INFORMACJE O AKTUALNYM MIEJSCU PRACY** |
| **OKREŚLENIE TEMATÓW NAUKOWYCH/PROJEKTÓW W KTÓRYCH KANDYDAT WSPÓŁPRACUJE/BĘDZIE WSPÓŁPRACOWAŁ Z UCZELNIĄ** |
| **OKRES NA JAKI MA ZOSTAĆ PRZYZNANY STATUS PROFESORA POMOCNICZEGO (MIN. 3 LATA)** |  |
| **WSKAZANIE OSOBY NADZORUJĄCEJ/WSPÓŁPRACUJĄCEJ Z PROFESOREM POMOCNICZYM** |  |
|  **Data Podpis i pieczęć wnioskodawcy** |
| **OPINIA KOMISJI DS. NAUKI :**pozytywna negatywna **UWAGI:** |

**Decyzja Rektora**

□ Brak zgody

□ Zgoda na przyznanie tytułu na okres ………………………………………………………..

 **Data, podpis i pieczęć**