Gdańsk, dnia …………………..

…………………….…………..………….

*/ tytuł zawodowy, imię, nazwisko kandydata /*

…………………………………………….

………………………………….…………..

*/ dokładny adres do korespondencji /*

………………………………….…………..

/ numer telefonu kontaktowego /

………………………………….…………..

/ e-mail /

**Prof. dr hab. Marcin Gruchała**

**J. M. Rektor**

**Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego**

Uprzejmie proszę o przyjęcie w trybie indywidualnym na stacjonarne Studia Doktoranckie przy Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej   
w roku akademickim 2018 / 2019, w ramach programu „Doktoraty wdrożeniowe”.

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

(tytuł projektu pracy doktorskiej)

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

(stopień / tytuł, imię i nazwisko opiekuna pomocniczego)

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

(jednostka strukturalna przedsiębiorstwa, do której należy opiekun pomocniczy)

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

(stopień / tytuł, imię i nazwisko opiekuna naukowego)

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

(jednostka oraz Wydział GUMed, do którego należy opiekun naukowy)

………………………………….…………..………………………………….…………..……………………………………………….…………..………………………………….…………..……………………………………………….…………..………………………………….…………..……………………………………………….…………..………………………………….…………..……………………………………………….…………..………………………………….…………..……………………………………………….…………..………………………………….…………..……………………………………………….…………..………………………………….…………..……………………………………………….…………..………………………………….…………..…………… *(kilka zdań uzasadnienia, dlaczego chce Pani/ Pan zostać przyjęta/-ty na studia doktoranckie)*

…………………..…………………

podpis kandydata

Wyrażam zgodę na opiekę nad planowaną pracą doktorską. stopień naukowy doktora lub co najmniej pięcioletnie doświadczenie w prowadzeniu działalności badawczo-rozwojowej, lub znaczące osiągnięcia w zakresie opracowania i wdrożenia w sferze gospodarczej lub społecznej oryginalnego rozwiązania projektowego, konstrukcyjnego, technologicznego lub artystycznego, o ponadlokalnym zakresie oraz trwałym i uniwersalnym.1)

…………………………………….

podpis opiekuna pomocniczego

Wyrażam zgodę na opiekę nad planowaną pracą doktorską oraz zapewnię środki finansowe niezbędne do jej realizacji. Jednocześnie oświadczam, że posiadam aktualny dorobek naukowy opublikowany w okresie ostatnich 5 lat lub co najmniej pięcioletnie doświadczenie w prowadzeniu działalności badawczo-rozwojowej.2)

…………………………………….

podpis i pieczątka opiekuna naukowego

Wyrażam zgodę na realizację pracy doktorskiej oraz zapewnię godziny dydaktyczne w wymiarze uchwalonym przez Senat GUMed.

…………………………………………

podpis i pieczątka kierownika jednostki

1. Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 kwietnia 2017 r.   
   w sprawie szczegółowych kryteriów i trybu przyznawania, przekazywania oraz rozliczania środków finansowych na naukę, trybu wyznaczania opiekuna pomocniczego i przyznawania stypendium doktoranckiego w ramach programu „Doktorat wdrożeniowy” (Dz. U. poz. 873 oraz z 2018 r. poz. 569).
2. Zgodnie z § 9. ust. 2. Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie studiów doktoranckich i stypendiów doktoranckich (Dz. U. 2017, poz. 1696).