załącznik nr 2.2 do Regulaminu finansowania, realizacji oraz rozliczania projektów naukowych realizowanych przez doktorantów Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku ze środków pochodzących
z subwencji Ministra Zdrowia, stanowiącego załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 122/2023 Rektora UMB z dnia 13.12.2023 r.

**Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**

**WNIOSEK DOKTORANTA SZKOŁY DOKTORSKIEJ O FINANSOWANIE PROJEKTU NAUKOWEGO Z SUBWENCJI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU W 2024 ROKU**

Wypełniony formularz powinien być przesłany do Działu Nauki w formie **wydrukowanej** (zawierającej komplet podpisów) oraz w **wersji edytowalnej** na adres: **wnioski@umb.edu.pl**

|  |
| --- |
| **Tytuł projektu:**  |

# Ankieta kierownika projektu naukowego

|  |  |
| --- | --- |
| Stopień, imię i nazwisko kierownika projektu |  |
| Stopień / tytuł naukowy, imię i nazwisko Promotora doktoranta  |  |
| Rok studiów w Szkole Doktorskiej UMB |  |
| Jednostka odbywania Szkoły Doktorskiej |  |
| Kontakt:  |  |
| Kontakt:  | telefon: |  |
| e-mail: |  |
| Zespół badawczy: tytuł / stopień naukowy/zawodowy, imię i nazwisko, miejsce zatrudnienia, stanowisko w UMB, informacja czy jest w liczbie N |  |

Ankieta merytoryczna projektu naukowego

|  |
| --- |
| **Opis projektu**  |
| **Założenia i cele badawcze:** |
| **Metodyka:** |
| **Planowane efekty naukowe i praktyczne:** |
| **Piśmiennictwo:** |

# Ankieta projektu naukowego

|  |  |
| --- | --- |
| **Jednostka/i, w której realizowane będą badania** |  |
| **Dyscyplina, w której realizowany będzie projekt** (należy wybrać jedną dyscyplinę wiodącą) |  |
| **Czy projekt będzie miał charakter ankietowy?** | [ ]  Tak[ ]  Nie |
| **Czy projekt będzie dotyczył kwerendy?** | [ ]  Tak[ ]  Nie |
| **Czy projekt wymaga zakupu odczynników?** | [ ]  Tak[ ]  Nie |
| **Czy projekt jest realizowany przy współpracy z innymi jednostkami krajowymi lub zagranicznymi?** | [ ]  Tak[ ]  Nie (jeśli TAK, proszę wymienić z jakimi jednostkami)............ |
| **Czy przy realizacji projektu wykorzystywane będą metody biotechnologiczne?** | [ ]  Tak[ ]  Nie |

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy przy realizacji projektu wykorzystywane będą metody nanotechnologiczne?** | [ ]  Tak[ ]  Nie |
| **Czy przy realizacji projektu wykorzystywane będą zwierzęta doświadczalne (szczury, myszy)?** | [ ]  Tak[ ]  Nie |
| **Projekt podlega ocenie**(kopię obowiązującej zgody właściwej komisji należy dostarczyć wraz z projektem do Działu Nauki – finansowanie projektu bez dostarczonej aktualnej zgody właściwej komisji nie będzie uruchomione) | [ ]  **Komisji Bioetycznej,** ponieważ zaplanowane w nim badania stanowią:[ ]  **eksperyment medyczny:**[ ]  badawczy[ ]  leczniczy[ ]  na archiwalnym materiale biologicznym[ ]  **badanie nieinterwencyjne**[ ]  ankietowe[ ]  obserwacyjne nieinterwencyjne[ ]  retrospektywne (na dokumentacji medycznej)[ ]  **inne:** (wpisać jeśli dotyczy) .....[ ]  **Nie jest wymagana zgoda Komisji Bioetycznej, ponieważ** (uzasadnić, jeśli dotyczy): ....[ ]  **Lokalnej Komisji do Spraw Doświadczeń na Zwierzętach w Olsztynie (LKE)**[ ]  **nie jest wymagana zgoda Lokalnej Komisji do Spraw Doświadczeń na Zwierzętach, ponieważ** (uzasadnić, jeśli dotyczy) ....... |
| **Data ważności zgody właściwej Komisji Bioetycznej/LKE** | ……………………………………………………………………………………… |
| **Czy projekt jest realizowany z udziałem pacjentów?** | [ ]  Tak[ ]  Nie  |
| **Czy projekt realizowany jest na terenie szpitala?** | [ ]  Tak[ ]  Nie (jeśli TAK, proszę podać nazwę szpitala) .... |
| **Czy doktorant aplikował o finansowanie projektu naukowego w konkursach zewnętrznych?** | [ ]  Nie[ ]  Tak– jeśli TAK, proszę podać nazwę konkursu, nazwę instytucji finansującej, datę złożenia projektu:…Potwierdzenie przez pracownika działu odpowiedzialnego za dany konkurs:……………………………………. |

# Kosztorys projektu naukowego

|  |  |
| --- | --- |
| **Planowane koszty realizacji projektu** | **Kwota PLN** |
| Odczynniki oraz drobny sprzęt laboratoryjny **bez aparatury oraz sprzętu komputerowego** |  |
| Usługi zewnętrzne, w tym koszty publikacji (całkowite koszty publikacji poniżej 5 pkt. IF oraz min. 40% kosztów publikacji z punktacją IF od 5 do 7), monografie naukowe lub redakcja monografii naukowych za min. 80 pkt.,tłumaczenia i korekty językowe, usługi statystyczne |  |
| Wynagrodzenia z tytułu umów cywilnoprawnych (np. tłumaczenia i korekty językowe; usługi statystyczne bez usług wykonanych przez pracowników UMB) |  |
| Podróże służbowe krajowe i zagraniczne  |  |
| Pozostałe koszty (np. materiały biurowe, zwierzęta) |  |
| **Koszty razem**  |  |
| **Uzasadnienie kosztów** |  |

# Kryteria zwiększenia dofinansowania (osiągnięcia z poprzedniego roku akademickiego)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Tytuł publikacji lub tytuł i numer patentu lub tytuł projektu naukowego i jego wartość** | **Tytuł czasopisma, nazwa instytucji udzielającej patentu lub instytucji finansującej projekt** | **Liczba pkt. – wypełnia Dział Nauki** |
| **Artykuł naukowy za min. 3 IF, w którym doktorant jest pierwszym autorem (5 pkt. za każdy artykuł)** |  |  |  |
| **Artykuł naukowy za min. 5 IF, w którym doktorant jest pierwszym autorem** **(10 pkt. za każdy artykuł)** |  |  |  |
| **Uzyskany patent (10 pkt. za każdy patent)** |  |  |  |
| **Kierowanie projektem badawczym finansowanym ze środków zewnętrznych o wartości min. 100 tys. zł (10 pkt. za każdy projekt)** |  |  |  |
|  | Suma pkt. |  |

# Podpisy

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Data i podpis** |
| **Kierownik projektu naukowego – doktorant Szkoły Doktorskiej** | ...................................................................... |
| Oświadczam, iż zapoznałem się z informacją (udostępnioną na stronie internetowej: Nauka - Dział Nauki - Subwencja) o przetwarzaniu danych osobowych osób realizujących w Uczelni projekty naukowe m.in. kierowników projektów, nauczycieli akademickich, członków zespołów badawczych, doktorantów, młodych naukowców oraz zasadami ochrony danych osobowych w badaniach w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku i zgodnie z treścią Oświadczenia **wyrażam** na nie **zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku moich danych osobowych** **zebranych w celu realizacji badania naukowego finansowanego w ramach SUBWENCJI 2024.** |
| **Promotor doktoranta** |  |
| **Kierownik jednostki/ek, w której/ych realizowane są badania naukowe** |  |

**..................................................................**

|  |
| --- |
| **Kalkulator dofinansowania**  (wypełnia Dział Nauki) |
| **Kwota dofinansowania:** ……………………… |

..................................................

|  |
| --- |
| **Akceptacja Prorektora ds. Nauki i Rozwoju** |
| ...................................................... ......................................................(data) (podpis) |