**Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**

**WNIOSEK O FINANSOWANIE PROJEKTU NAUKOWEGO Z SUBWENCJI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU w 2021 roku**

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

|  |
| --- |
| **Tytuł projektu:**  |

**Ankieta kierownika projektu naukowego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** kierownika projektu |  |
| **Tytuł naukowy, stopień naukowy**, stopień zawodowy, doktorant |  |
| **Stanowisko / grupa pracowników**: badawczo-dydaktyczny, badawczy, dydaktyczny, specjalista naukowo-techniczny |  |
| **Dyscyplina**/-y, w której zadeklarował się kierownik projektu do liczby N | □ nauki medyczne – …… %□ nauki farmaceutyczne – …… %□ nauki o zdrowiu – …… %□ inne (jakie) ……………………………..…………… …... % |
| **Jednostka zatrudnienia/Jednostka odbywania studiów doktoranckich** |  |
| **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**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy kierownik projektu jest młodym naukowcem ?***Zgodnie z art. 360 ust. 2 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* **młodym naukowcem** *jest osoba prowadząca działalność naukową, która:**1) jest doktorantem lub nauczycielem akademickim – i nie posiada stopnia doktora albo**2) posiada stopień doktora, od uzyskania którego nie upłynęło 7 lat, i jest zatrudniona w podmiocie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ww. ustawy.* | □ doktorantem□ doktorantem szkoły doktorskiej□ nauczycielem akademickim nie posiadającym stopnia doktora□ nauczycielem akademickim posiadającym stopień co najmniej doktora, od uzyskania którego nie upłynęło 7 latRok uzyskania stopnia doktora: ............ |
| *Do okresu wspomnianych wyżej 7 lat nie wlicza się okresów przebywania na urlopie macierzyńskim, urlopie na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopie ojcowskim, urlopie rodzicielskim lub urlopie wychowawczym, udzielonych na zasadach określonych w Kodeksie pracy, lub okresów pobierania zasiłku macierzyńskiego lub świadczenia rodzicielskiego, albo okresów pobierania zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego w związku z niezdolnością do pracy, w tym spowodowaną chorobą wymagającą rehabilitacji leczniczej.* |
| **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 odpowiedź TAK proszę wymienić z jakimi jednostkami)*............ |
| **Czy przy realizacji projektu wykorzystywane będą metody biotechnologiczne do prowadzenia badań?** | □ Tak / Nie |
| **Czy przy realizacji projektu wykorzystywane będą metody nanotechnologiczne do prowadzenia badań?** | □ Tak / Nie |
| **Czy przy realizacji projektu wykorzystywane będą zwierzęta doświadczalne (szczury, myszy)?** | □ Tak / Nie |
| **Projekt podlega ocenie** | □ Komisji Bioetycznej□ Lokalnej komisji do Spraw Doświadczeń na Zwierzętach w Olsztynie (LKE)□ Nie podlega, gdyż dotyczy tkanek pobranych w ramach doświadczeń, na które uzyskano wcześniejszą zgodę nr ...............□ Nie podlega ponieważ:a) są to badania retrospektywne obejmujące np. analizę dokumentacji medycznej **□**, opisy przypadku **□**, badań na fantomach **□**, symulatorach **□**, itp. (wpisać inne )...... **□** – jeżeli wyniki tych badań nie będą wpływały na rutynowe postępowanie z pacjentem (tj. nie spowodują zmiany postępowania w trakcie obserwacji)b) są to badania ankietowe polegające na wykorzystaniu ankiet standaryzowanych – stosowanych zgodnie z ich przeznaczeniem, a w badaniach będzie się opracowywać statystycznie wybrane elementy)**Oświadczam, że niezwłocznie po otrzymaniu odpowiedniej zgody komisji dostarczę ją do Działu Nauki w celu uruchomienia środków finansowych projektu naukowego.** |
| **Czy projekt jest realizowany z udziałem pacjentów?** | **□ Tak / Nie*****(jeżeli odpowiedź TAK proszę wypełnić dwie poniższe informacje)***□ Planowana liczba pacjentów: ............□ Planowana liczba pobrań materiału biologicznego (wymienić jakiego): ........... |
| **Czy projekt realizowany jest na terenie szpitala?** | □ Tak / Nie*(jeżeli odpowiedź TAK proszę podać nazwę szpitala) ....* |

**Kosztorys projektu naukowego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Planowane koszty realizacji projektu****(w kosztorysie nie należy ujmować zakupu aparatury** **i kosztów druku publikacji)** | **Kwota PLN** |
| Odczynniki oraz drobny sprzęt laboratoryjny **bez aparatury oraz sprzętu komputerowego** |  |
| Usługi zewnętrzne **bez kosztów publikacji**  |  |
| Wynagrodzenia z tytułu umów cywilno-prawnych *(np. tłumaczenia i korekty językowe, usługi statystyczne)*  |  |
| Podróże służbowe krajowe i zagraniczne  |  |
| Pozostałe koszty *(np. materiały biurowe, zwierzęta)* |  |
| **Koszty razem**  |  |
| **Uzasadnienie kosztów** |  |

**Kryteria zwiększenia kwoty bazowej** *(na dzień złożenia wniosku)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stanowiskowe:** | □ Profesor (x3) | □ Doktor habilitowany (x2) |
| **Jakościowe**  |
| 1. **Publikacje naukowe**

***za okres 2019 - 2020***  | **100 pkt.**  | □ 1 publikacja – 20%□ 2 publikacje – 40%□ 3 publikacje – 60%□ 4 publikacje – 80%□ 5 publikacji – 100%□ …… publikacji – ……… % |
| **min. 140 pkt.** | □ 1 publikacja – 40%□ 2 publikacje – 60%□ 3 publikacje – 80%□ 4 publikacje – 100%□ 5 publikacji – 120%□ ……… publikacji – ……… % |
| 1. **Projekty naukowe**

***za okres 2019-2020*** | □ 45 000 zł – do 299 999,99 zł + **30 %**□ 300 000 zł – do 999 999,99 zł + **50 %**□ powyżej 1 000 000 zł + **100 %** | *Proszę o podanie: nazwy konkursu, numer i wartość projektu, datę podpisania umowy o finansowanie projektu.* |
| 1. **Patenty**

***za okres 2019-2020*** | **+ 50%** | *Proszę o podanie: numeru, nazwa patentu, data przyznania*  |
| 1. **Przychody z działalności usługowej/komercjalizacyjnej**

***za okres 2019-2020*** *(nie dotyczy przychodów z umów sukcesywnych)* | □ do 10.000 zł + **25%** □ 10.001 zł - 50.000 zł +**50%**□ od 50.001 zł + **100 %** | *Proszę o podanie: nazwy umowy, uzyskaną wartość, daty realizacji* |

**Podpisy**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Data i podpis** |
| **Kierownik projektu naukowego** | ...................................................................... |
|  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 2021 r.** |
| **Kierownik jednostki zatrudniającej kierownika projektu naukowego** |  |
| **Kierownik jednostki/ek, w której/ych realizowane są badania naukowe** |  |
| **Podpis opiekuna/promotora naukowego** *(w przypadku uczestników studiów doktoranckich)* |  |

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

|  |
| --- |
| **Kalkulator dofinansowania**  *(wypełnia Dział Nauki)* |
| 1. Kryterium stanowiskowe: ………………………
2. Kryterium jakościowe:
3. publikacje za okres 2019 - 2020r.:

*100 pkt*.: ………………………........*min. 140 pkt*. ……………………….1. projekty naukowe: ………………
2. patenty: ………………………........
3. przychody z działalności usługowej/komercjalizacyjnej: ………………….

**Kwota dofinansowania:** ……………………… |

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

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