Załącznik nr 4

do Uchwały Senatu UMB nr 132/2019

z dnia 28.11.2019 r.

**WNIOSEK KANDYDATA DO SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

**W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE**

Data zarejestrowania: ………………………..

W przypadku spełnienia przeze mnie kryterium przyjęcia do Szkoły Doktorskiej w dyscyplinie nauki medyczne i nieprzyjęcia w ramach limitu miejsc z powodu braku miejsc w ramach wybranego limitu we wskazanej powyżej dyscyplinie, proszę o rozpatrzenie możliwości przyjęcia mnie na studia w ramach limitu miejsc w dyscyplinie nauki farmaceutyczne/nauki o zdrowiu (niepotrzebne skreślić), o ile limit miejsc w ramach tej dyscypliny nie został wypełniony.

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane osobowe:** |  |
| Płeć |  |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Drugie Imię  |  |
| Nazwisko rodowe (dotyczy osób które zmieniły nazwisko rodowe) |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| Nazwa państwa urodzenia w przypadku cudzoziemców |  |
| Obywatelstwo |  |
| Informacja o posiadaniu Karty Polaka w przypadku cudzoziemców |  |
| PESEL (nie dotyczy cudzoziemców) |  |
| Rodzaj dokumentu potwierdzający tożsamość w przypadku braku numeru PESEL |  |
| Numer dokumentu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL |  |
| **Adres zamieszkania:** |  |
| Kod pocztowy |  |
| Województwo |  |
| Poczta |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer mieszkania |  |
| Telefon kontaktowy 1 |  |
| Telefon kontaktowy 2 |  |
| E-mail |  |
| **Adres do korespondencji:** |  |
| Kod pocztowy |  |
| Województwo |  |
| Poczta |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer mieszkania |  |
| **Wykształcenie:** |  |
| Pełna nazwa szkoły wyższej |  |
| Rok ukończenia szkoły wyższej |  |
| Nazwa ukończonego kierunku |  |
| Stopień zawodowy mgr lub równorzędny, jaki? |  |
| Numer albumu studenta (w przypadku absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku)  |  |

**Obszarem mojego egzaminu z przedmiotu będzie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot** |  Obszar zainteresowań | **Zakreśl właściwe** |
| **Nauki podstawowe**  | Anatomia/Histologia/Patomorfologia  | **Tak/Nie** |
| Fizjologia/Patofizjologia | **Tak/Nie** |
| Chemia/Biochemia | **Tak/Nie** |
| Immunologia/Mikrobiologia | **Tak/Nie** |
| Biologia molekularna/Farmakologia/Genetyka | **Tak/Nie** |
| **Nauki kliniczne****niezabiegowe** | Choroby wewnętrzne | **Tak/Nie** |
| Pediatria | **Tak/Nie** |
| Neurologia/Psychiatria | **Tak/Nie** |
| Diagnostyka laboratoryjna | **Tak/Nie** |
| **Nauki kliniczne zabiegowe** | Chirurgia | **Tak/Nie** |
| Ginekologia | **Tak/Nie** |
| Laryngologia  | **Tak/Nie** |
| Stomatologia | **Tak/Nie** |
|  | Inny obszar w obrębie dyscypliny: nauki medyczne:…………………………………………...…………………………………………... (z listy jednostek organizacyjnych UMB) | **Tak/Nie** |

**Proponowany promotor \*\***

……………………………………………………………………………………..

\*\* wskazanie promotoranie jest obowiązkowe

W załączeniu przedkładam:

1. wypełniony i podpisany wniosek o przyjęcie do Szkoły Doktorskiej wraz ze wskazaniem obszaru zainteresowań (wybranego z listy podanej w warunkach rekrutacji), z którego kandydat zdawać będzie egzamin z przedmiotu,
2. kolorowe zdjęcie oraz dodatkowo ta samo zdjęcie w wersji elektronicznej o wymiarach 20 mm x 25 mm w rozdzielczości co najmniej 300 dpi, (wgrane na konto rekrutacyjne kandydata).
3. dyplom lub odpis dyplomu ukończenia studiów magisterskich,
4. zaświadczenie o średniej ocen z przebiegu studiów wystawione przez odpowiedni Dziekanat
5. projekt prezentujący koncepcję pracy badawczej,
6. wykaz dotychczasowej działalności naukowej i osiągnięć naukowych wraz z dokumentami je potwierdzającymi,
7. orzeczenie lekarza medycyny pracy stwierdzające brak przeciwwskazań do przyjęcia do Szkoły Doktorskiej