Załącznik nr 6

do Uchwały Senatu UMB nr 132/2019

z dnia 28.11.2019 r.

**WNIOSEK KANDYDATA DO SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

**W DYSCYPLINIE NAUKI O ZDROWIU**

Data zarejestrowania: ………………………..

W przypadku spełnienia przeze mnie kryterium przyjęcia do Szkoły Doktorskiej w dyscyplinie nauki o zdrowiu 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 medyczne/nauki farmaceutyczne (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 o zdrowiu** | Pielęgniarstwo | Tak/Nie |
| Fizjoterapia | Tak/Nie |
| Ratownictwo medyczne | Tak/Nie |
| Żywienie/ dietetyka | Tak/Nie |
| Logopedia z fonoaudiologią | Tak/Nie |
| Zdrowie publiczne i środowiskowe | Tak/Nie |
| Biostatystyka | Tak/Nie |
| Elektroradiologia | Tak/Nie |
| Położnictwo | Tak/Nie |
| Statystyka medyczna | Tak/Nie |
| Epidemiologia | Tak/Nie |
| Polityka zdrowotna i usługi zdrowotne | Tak/Nie |
| Nadzór sanitarno-epidemiologiczny | Tak/Nie |
| Choroby zawodowe | Tak/Nie |
| Etyka medyczna | Tak/Nie |
| Prawo medyczne | Tak/Nie |
|  | Inny obszar w obrębie dyscypliny: nauki o zdrowiu:  …………………………………..…………………………………………………..  (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