Załącznik nr 2A

do Regulaminu procesu dyplomowania na kierunku Kosmetologia studia II stopnia

na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej UMB

**Ocena kwalifikacji**

**recenzenta prac magisterskich**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………..……………………………………………..…………………

Tytuł naukowy/stopień naukowy/tytuł zawodowy: ………………………………………………………....................................

Nazwa jednostki organizacyjnej recenzenta pracy: ………………………………………………………….………………………...……

Charakterystyka doświadczenia i dorobku naukowego w obszarze tematycznym kierunku kosmetologia/ reprezentowanej dyscyplinie naukowej w ciągu ostatnich 5 lat (wykaz publikacji naukowych, wykaz zakończonych przewodów doktorskich i magisterskich, naukowa współpraca międzynarodowa, staże i szkolenia naukowe, realizacja grantów):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Charakterystyka doświadczenia i dorobku dydaktycznego w zakresie kosmetologii i pokrewnym ciągu ostatnich 5 lat (doświadczenie dydaktyczne, autorstwo podręczników/materiałów dydaktycznych, udział w organizacji szkoleń/staży):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wykaz przedmiotów prowadzonych przez nauczyciela akademickiego w  roku akademickim, w którym składana jest ankieta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **rok studiów** | **kierunek studiów** | **nazwa przedmiotu** |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

 data podpis kandydata na recenzenta

Załącznik nr 2B

do Regulaminu procesu dyplomowania na kierunku Kosmetologia studia II stopnia

na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej UMB

DECYZJA

Na podstawie danych zawartych w ankiecie „**Ocena kwalifikacji recenzenta prac magisterskich”** wyrażam pozytywną/negatywną\* opinię w sprawie pełnienia przez (tytuł /stopień naukowy/tytuł zawodowy, imię i nazwisko) ……………………………………………………. funkcji recenzenta prac magisterskich na kierunku Kosmetologia studia II stopnia realizowanych na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

……………………………………… ……………………………………………….

 data pieczęć i podpis Dziekana

\* niepotrzebne skreślić