Załącznik nr 5A do Zarządzenia Rektora nr 11/2021 z dnia 01.03.2021r.

ocena I etapu - obejmująca okres od 1.01.2017 r. do 31.12.2020 r.

**Ankieta oceny pracownika naukowo-dydaktycznego/ naukowego
z tytułem naukowym profesora/stopniem dr hab.**

Imię i nazwisko, stopień /tytuł naukowy…………………………………………

stanowisko : ………………………………………………………………………

Jednostka organizacyjna: …………………………………………………………

Okres, za który dokonywana jest ocena: ………………………………………….

1. **Działalność naukowa:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryteria oceny***(dotyczy osiągnięć/publikacji, których uzyskanie nastąpiło w ocenianym okresie)* | **Liczba pkt MNiSW** **za lata 2017-2020** |
| Łączna liczba punktów MNiSW za publikacje naukowe |  |
| Zgłoszone oraz uzyskane patenty, wdrożenia (ilość pkt wg kryteriów parametryzacji MNiSW)  |  |
| Uzyskane umowy licencyjne lub inne formy komercjalizacji B+R (ilość pkt wg kryteriów parametryzacji MNiSW)  |  |
| Członkostwo w naukowych zespołach eksperckich powołanych przez organizację / instytucje państwowe / międzynarodowe (np. recenzent EU, itp.) |  |
| **Suma punktów** |  |
| Prawomocne orzeczenie komisji dyscyplinarnej w sprawie przywłaszczenia autorstwa, fałszowania badań lub wyników badań naukowych lub innego oszustwa naukowego *(tak/nie)* |  |
| Opinia bezpośredniego przełożonego (pozytywna lub negatywna)*(W przypadku oceny negatywnej z uzasadnieniem)* |  |

Do okresu podlegającego ocenie nie wlicza się okresu nieobecności w pracy wynikającej
z przebywania na urlopie macierzyńskim, urlopie wychowawczym, urlopie dla poratowania zdrowia lub z powodu długotrwałej choroby (ZUS-ZLA) **–** po uwzględnieniu rzeczywistego czasu pracy liczba pkt powinna być przeliczona na okres 1 roku i przemnożona przez ~~4~~

**II. Praca dydaktyczna:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryteria oceny** | Proszę wpisać właściwe informacje lub ND – gdy nie dotyczy |
| Zrealizowana liczba godzin dydaktycznych w ostatnich 2/4 latach akademickich | Średnia liczba godzin/rok akademicki= |
| Odsetek liczby zrealizowanych godzin w stosunku do należnego pensum (%) *(w przypadku braku realizacji należnego pensum proszę o wyjaśnienie przyczyn)* |  |
| Redaktor naczelny ogólnopolskiego/międzynarodowego podręcznika w dziedzinie specjalistycznej |  |
| Promotor zakończonych przewodów doktorskich w latach 2017-2020 (*proszę podać liczbę* ) |  |
| Prowadzenie zajęć ze studentami anglojęzycznymi *(tak/nie)* |  |
| Opiekun zakończonych prac magisterskich lub licencjackich*(proszę podać liczbę uczestników)* |  |
| Promotor/opiekun uczestnika studiów doktoranckich*(proszę podać liczbę)* |  |
| Współautorstwo rozdziałów w podręczniku/skrypcie dla studentów |  |
| Prowadzenie wykładów na podyplomowych kursach specjalistycznych  |  |
| Inne formy pracy dydaktycznej *(proszę wymienić)* |  |
| Uzyskanie kary dyscyplinarnej dotyczącej wykroczeń w trakcie wypełniania obowiązków dydaktycznych *(tak/nie)* |  |
| **Odsetek ocen negatywnych w ankietach studenckich i doktoranckich**  |  |

**III. Praca organizacyjna na rzecz Uczelni** (dotyczy osób zatrudnionych min. 4 lata):

|  |  |
| --- | --- |
| Kryteria oceny | Proszę wpisać właściwe informacje lub ND – gdy nie dotyczy |
| Pełnienie na Uczelni funkcji pochodzących z wyboru lub wybór do CK, NCN, NCBIR, KEJN, PAN lub innych |  |
| Pozyskanie funduszy naukowych oraz funduszy na rozwój, promocję/rozbudowę Zakładu/Kliniki/Uczelni |  |
| Pozyskanie/koordynacja grantu z 7 PR/Horyzontu 2020 EU lub innego grantu międzynarodowego |  |
| Funkcja redaktora naczelnego lub zastępcy czasopisma z IF |  |
| Funkcja redaktora naczelnego krajowego czasopisma naukowego |  |
| Udział w projekcie w ramach 7PR EU EU lub innego projektu |  |
| Funkcja Pełnomocnika Rektora, kierownika studiów doktoranckich, opiekuna STN, innych |  |
| Praca w komisjach senackich /dziekańskich / uczelnianych /zespole ds. zapewnienia i doskonalenia jakości kształcenia- organach ogólnopolskich  |  |
| Recenzent w przewodach/pracach habilitacyjnych/pracach o nadanie tytułu naukowego profesora |  |
| Kierownik/opiekun ukończonej specjalizacji lub kursów do specjalizacji |  |
| Współudział w organizacji zjazdów, sympozjów i szkoleń podyplomowych  |  |
| Praca w komisjach wydziałowych |  |
| Praca na rzecz promocji Uczelni  |  |
| Praca w kolegium redakcyjnym czasopism naukowych |  |
| Praca w ramach towarzystw naukowych (członek zarządu, władz centralnych, regionalnych) |  |
| Opiekun koła naukowego lub opiekun innych organizacji studenckich na Uczelni |  |
| Recenzent w przewodach/pracach doktorskich/magisterskich/licencjackich na Uczelni |  |
| Praca w zespołach eksperckich powołanych przez organy i instytucje państwowe oraz instytucje zagraniczne lub międzynarodowe |  |
| Inna udokumentowana praca na rzecz Uczelni *(proszę wymienić)* |  |
| Opinia bezpośredniego przełożonego (pozytywna lub negatywna)*(W przypadku oceny negatywnej z uzasadnieniem)* |  |

**IV. Doskonalenie i osiągnięcia zawodowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Kryteria oceny | Proszę wpisać właściwe informacje lub ND – gdy nie dotyczy |
| Wprowadzenie nowatorskiej na skalę światową/ogólnokrajową metody diagnostycznej/terapeutycznej *(w załączeniu potwierdzenie)* |  |
| Wprowadzenie działań dających znaczącą poprawę wyników terapeutycznych/diagnostycznych w jednostce (w załączeniu potwierdzenie)Konsultant krajowy w specjalizacji odpowiadającej zatrudnieniu |  |
| Uzyskanie imiennego certyfikatu zawodowego wydanego przez międzynarodowe jednostki certyfikujące *(w załączeniu potwierdzenie)* |  |
| Udział w organizacji szkoleń międzynarodowych podnoszących umiejętności zawodowe- dydaktyczne-naukowe |  |
| Konsultant wojewódzki w specjalizacji odpowiadającej zatrudnieniu |  |
| Uzyskanie imiennego certyfikatu zawodowego wydanego przez polskie jednostki certyfikujące/ towarzystwa naukowe *(w załączeniu potwierdzenie)* |  |
| Udział w organizacji szkoleń krajowych podnoszących umiejętności zawodowe- dydaktyczne-naukowe |  |
| Członek Centralnej Komisji Egzaminacyjnej w specjalizacji odpowiadającej zatrudnieniu  |  |
| Wprowadzenie skutecznych działań poprawiających stan finansowy jednostki w związku z udzielanymi świadczeniami medycznymi/diagnostycznymi  |  |
| Posiadanie wymaganej specjalizacji zawodowej w zakresie odpowiadającym zatrudnieniu *(w załączeniu potwierdzenie)* |  |
| Potwierdzony udział w krajowych i zagranicznych szkoleniach zawodowych i zjazdach naukowych *(proszę wymienić, w załączeniu potwierdzenie)* |  |
| Potwierdzony udział w szkoleniach podnoszących umiejętności naukowe |  |
| Potwierdzony udział w szkoleniach podnoszących umiejętności dydaktyczne |  |
| Inne udokumentowane formy doskonalenia zawodowego (proszę wymienić) |  |
| Opinia bezpośredniego przełożonego (pozytywna lub negatywna)*(W przypadku oceny negatywnej z uzasadnieniem)* |  |

……………………………………… ..………………………………………… data, podpis pracownika data, podpis bezpośredniego przełożonego