



Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego

## Oświadczenie

Deklaruję, iż Pan/Pani

\_\_\_\_\_

po odbytym szkoleniu pn. „**Komunikacja z pacjentem w gabinecie stomatologicznym**” realizowanym w ramach projektu *Zintegrowany Program Kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole stomatologicznym*” będzie prowadził/ła zajęcia dydaktyczne z przedmiotu/ów <sup>1</sup>:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

z wykorzystaniem kompetencji dydaktycznych nabytych w trakcie szkolenia,  
na kierunku

\_\_\_\_\_

w roku akademickim \_\_\_\_\_, o wymiarze co najmniej 1 semestru rozpoczętego po zakończeniu otrzymywania wsparcia w projekcie.

Dodatkowo potwierdzam, iż weryfikacja zobowiązań dydaktycznych Pana/Pani

\_\_\_\_\_

nastąpi poprzez:

1. Złożenie zaświadczenia podpisanego przez kierownika jednostki po zrealizowanych zajęciach dydaktycznych w wymiarze co najmniej jednego semestru, potwierdzającego wykorzystanie kompetencji nabytych w trakcie szkolenia podczas zajęć ze studentami, po zakończonym roku akademickim, zgodnie ze wzorem zamieszczonym na stronie projektu [www.umb.edu.pl/zpu2](http://www.umb.edu.pl/zpu2) lub:
2. Dostosowanie programu kształcenia (poprzez zmiany w sylabusach przedmiotów), tak aby uwzględniały wykorzystanie kompetencji nabytych przez Uczestnika podczas szkolenia.

\_\_\_\_\_

data, czytelny podpis Kierownika jednostki <sup>2</sup>

1 Wymieniony przedmiot powinien być spójny z przedmiotem wymienionym w pkt II Formularza Zgłoszeniowego.

2 W przypadku gdy oświadczenie dotyczy Kierownika jednostki, wymagana jest dodatkowa akceptacja Dziekana.