***Załącznik nr 1*** *do szczegółowych warunków wyróżniania monografii naukowych na Wydziale Nauk o Zdrowiu*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**WYRÓŻNIANIE MONOGRAFII NAUKOWEJ NA WYDZIALE NAUK O ZDROWIU**

1. **INFORMACJE PODSTAWOWE**

* Imię i nazwisko wnioskodawcy………………………………………………………………………………………………..
* Nazwa jednostka organizacyjnej, w której zatrudniony jest wnioskodawca…………………………….
* Typ zgłaszanej do wyróżnienia monografii: jedno autorska /wieloautorska/praca zbiorowa pod redakcją naukową pracownika WNoZ\*
* Dane kontaktowe wnioskodawcy:
  + telefon …………………………………………………………………………………………………………………………….
  + e-mail ……………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE MONOGRAFII**

* Tytuł

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

* Recenzenci………………………………………………………………………………………………………………………………
* Data opublikowania…………………………….………………………………………………………………………………….

1. **UZASADNIENIE ZGŁOSZENIA MONOGRAFII DO WYRÓŻNIANIA** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………… …………………………………………….

(data) (podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić