Załącznik nr 1.3 do zarządzenia nr 01/2022 Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu z dnia 20.10.2022 r.

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| ***GRUPA: BADAWCZA*** |
| ***STANOWISKO: ADIUNKT*** |

**KRYTERIA NAUKOWE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **kryterium** | **Liczba punktów** *(wypełnia pracownik)* | **Spełnienie kryterium** *(wypełnia kierownik jednostki)* |
| co najmniej 100 p MNiSW/2 lata z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu (nauki o zdrowiu) |  | **TAK/NIE** |
| aktywność w pozyskiwaniu środków na badania naukowe ze źródeł zewnętrznych | **Liczba aplikacji (proszę podać nazwę)/ realizacja projektu (proszę podać nazwę)** | **TAK/NIE** |
|  |

**KRYTERIA ORGANIZACYJNE** (*wykazanie co najmniej dwóch aktywności*) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **kryterium** | **PROSZĘ WYMIENIĆ AKTYWNOŚCI** *(wypełnia pracownik)* | **Spełnienie kryterium** *(wypełnia kierownik jednostki)* |
| udokumentowana współpraca naukowo-badawcza z jednostkami naukowymi zewnętrznymi lub interesariuszami zewnętrznymi |  |  |
| udział w konferencjach krajowych i międzynarodowych, stażach w jednostkach zewnętrznych (w tym zagranicznych) |  |  |
| wystąpienia na znaczących konferencjach krajowych i międzynarodowych oraz wykłady na zaproszenie w innych ośrodkach akademickich |  |  |
| aktywność popularyzująca naukę |  |  |
| aktywna praca na rzecz Uniwersytetu i Wydziału (udział w komisjach, zespołach eksperckich, CD, EF, Szkołach Doktorskich) |  |  |
| inne formy aktywności |  |  |
| *Spełnienie kryterium - wykazanie co najmniej dwóch aktywności* | **TAK/NIE** |

Bydgoszcz, dnia .......................................... ..................................................

 (podpis pracownika)

Bydgoszcz, dnia .......................................... ..................................................

 (podpis kierownika jednostki)

##### Opinia kierownika jednostki organizacyjnej

|  |
| --- |
| Proszę ocenić na poniższych skalach działalność: **NAUKOWĄ:** **Skala ocen:** **P N P** – pozytywna N – negatywnaUZASADNIENIE OCENY: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **ORGANIZACYJNĄ:** **Skala ocen:** **P** – pozytywna  **P N** N – negatywna UZASADNIENIE OCENY: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  |
|  **OCENA ŁĄCZNA** **Skala ocen:** **P** – pozytywna  **P N** N – negatywna **PODSUMOWANIE OCENY:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Bydgoszcz, dnia .......................................... ...................................................................................

 (podpis i pieczątka imienna kierownika jednostki organziacyjnej)