

Imię i nazwisko:	
Adres korespondencyjny:	
PESEL:	
Obywatelstwo:	

PODANIE O PRZYJĘCIE DO SZKOŁY DOKTORSKIEJ PUM W SZCZECINIE

**Dyrektor Szkoły Doktorskiej
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**

Proszę o przyjęcie mnie do Szkoły Doktorskiej prowadzonej przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie w roku akademickim 2025/2026. Projekt badawczy realizowany będzie w:

.....
.....
(dokładna nazwa jednostki PUM)

Proponowany promotor:

.....
(imię i nazwisko)

Proponowany temat rozprawy doktorskiej:

.....
.....
.....
.....
.....

TEMAT PROJEKTU BADAWCZEGO stanowi zakres tematyczny rozmowy kwalifikacyjnej w dyscyplinie:

☐ nauki medyczne

☐ nauki o zdrowiu

☐ nauki farmaceutyczne

Zgoda proponowanego promotora

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji promotora w ramach przygotowania wyżej wymienionej rozprawy doktorskiej Pani/Pana

Oświadczam, że w porozumieniu z Kierownikiem jednostki, w której będzie realizowany doktorat, zapewniam środki niezbędne do zabezpieczenia wykonania tej rozprawy.

W przypadku doktoranta, który nie posiada stałego prawa wykonywania zawodu, zobowiązuję się, że wszelkie badania w ramach doktoratu, które będą realizowane z udziałem pacjentów w jednostkach klinicznych, będą prowadzone pod moim nadzorem, aż do momentu uzyskania przez doktoranta stałego prawa wykonywania zawodu.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć proponowanego promotora)

Zgoda Kierownika jednostki

Wyrażam zgodę na realizację przez Panią/Pana
ww. rozprawy doktorskiej w kierowanej przeze mnie jednostce:

.....
(dokładna nazwa jednostki PUM)

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Zapewniam możliwość realizacji wszystkich obowiązków wynikających z procesu kształcenia, w tym:

- udziału w zajęciach obowiązkowych,
- realizacji badań naukowych niezbędnych do przygotowania rozprawy doktorskiej.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis i pieczęć Kierownika jednostki)

Zgoda Kierownika jednostki na realizację praktyk zawodowych

Wyrażam zgodę na realizację przez Panią/Pana
praktyk zawodowych w formie prowadzenia zajęć dydaktycznych w kierowanej przeze mnie jednostce

.....
(dokładna nazwa jednostki PUM)

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Oświadczam, że doktorant będzie miał możliwość realizacji praktyk zawodowych w pełnym wymiarze określonym w programie kształcenia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis i pieczęć Kierownika jednostki)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie numeru telefonu lub adresu email:

nr telefonu:

adres e-mail:.....

przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin. - jako administratora danych osobowych (dalej: PUM) - w celach ułatwienia komunikacji z PUM poprzez wykorzystanie telefonu lub adresu email do nawiązywania i prowadzenia komunikacji.

Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili przysługuje mi prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz że cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Zasadami i trybem rekrutacji do szkoły doktorskiej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie w roku akademickim 2025/2026.

Prawdziwość danych zawartych w podaniu potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)