……………………………………………………………………………..………………………. Wrocław, dnia …………………

(Tytuł/stopień naukowy, imię i nazwisko wnioskodawcy)

……………………………………………………………………………..……………………….

(Wydział/jednostka organizacyjna)

**Wniosek**

**o przyznanie nagrody JM Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

**zespołowej**

**za osiągnięcia dydaktyczne**

**za przygotowanie i przeprowadzenie egzaminu OSCE**

**Opis osiągnięcia[[1]](#footnote-1): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZESPÓŁ ZGŁASZANY DO NAGRODY FINANSOWEJ**  *Uprawnieni do nagrody nauczyciele akademiccy, których udział w osiągnięciu wynosi minimum 10%. Udział w nagrodzie finansowej nie może być wyższy niż 80% i niższy niż 10%.****W przypadku wnioskodawcy – udział w nagrodzie finansowej nie może być niższy niż 40%.Suma udziałów w nagrodzie finansowej musi wynosić 100%.*** | | | | | | |
| Lp. | Tytuł/stopień naukowy, imię i nazwisko | Stanowisko | Nazwa jednostki organizacyjnej UMW | % udział w osiągnięciu | % udział w nagrodzie | Podpis zgłaszanego członka zespołu |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WSPÓŁAUTORZY/WSPÓŁREDAKTORZY OSIĄGNIĘCIA ZGŁASZANI DO DYPLOMU**  *Pracownicy afiliujący do UMW (uprawnieni do nagrody nauczyciele akademiccy, których udział w osiągnięciu jest mniejszy niż 10%, pracownicy niebędący nauczycielami akademickimi, nauczyciele akademiccy, dla których UMW nie jest podstawowym miejscem pracy) oraz osoby niezatrudnione w UMW.* | | | | |
| Lp. | Tytuł/stopień naukowy, imię i nazwisko | Stanowisko (dotyczy tylko pracowników UMW) | Nazwa jednostki organizacyjnej UMW lub nazwa innej instytucji, uczelni zatrudniającej współautora | Podpis (dotyczy tylko uprawnionych do nagrody NA, których udział w osiągnięciu jest mniejszy niż 10 %) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że osiągnięcie nie jest przedmiotem innego wniosku do nagrody Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

….…………………………………………………………………..

Data i podpis Wnioskodawcy

Dane do kontaktu z Wnioskodawcą – **wypełnia Wnioskodawca:**

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

(numer telefonu komórkowego) (adres e-mail)

….…………………………………………………………………..

Data i podpis kierownika jednostki organizacyjnej

**WERYFIKACJA I ZATWIERDZENIE WNIOSKU**

1. **Potwierdzenie spełnienia przez Kandydatów do nagrody finansowej warunków określonych w § 3 ust. 4 i 8 Regulaminu przyznawania nagród rektora dla nauczycieli akademickich oraz pracowników niebędących nauczycielami akademickimi.**

KANDYDACI SPEŁNIAJĄPOWYŻSZE WARUNKI

KANDYDACINIE SPEŁNIAJĄ POWYŻSZYCH WARUNKÓW[[2]](#footnote-2)

………..……………….…………………………………..

**Data i podpis pracownika Działu Spraw Pracowniczych**

1. **Potwierdzenie kompletności wniosku wraz z załącznikami.[[3]](#footnote-3)**

…………………………………………………………

**Data i podpis pracownika Dziekanatu/Działu Spraw Pracowniczych**

1. **Potwierdzenie spełnienia kryteriów formalnych przez Dziekana/Prorektora we współpracy z Zespołem ds. Nagród**

(spełnienie wymagań formalnych oraz przekroczenie wartości progowych kryteriów uprawniających

do złożenia wniosku)

WNIOSEK SPEŁNIA KRYTERIA FORMALNE

WNIOSEK NIE SPEŁNIA KRYTERIÓW FORMALNYCH

.………………………………….………………………………………..

**Data i podpis Dziekana /Prorektora**

na podstawie protokołu

z posiedzenia Zespołu ds. Nagród powołanego przez Dziekana/Prorektora

1. **OPINIA KOMISJI DS. OCENY WNIOSKU** (zgodnie z § 11, ust.4 Regulaminu przyznawania nagród rektora dla nauczycieli akademickich oraz pracowników niebędących nauczycielami akademickimi)

POZYTYWNA

NEGATYWNA

…………………………………………………………………………..

Data i podpis – **Prorektor ds. Studentów i Dydaktyki**

**OPINIA UCZELNIANEJ KOMISJI DS. NAGRÓD JM REKTORA DLA NAUCZYCIELI AKADEMICKICH, DOTYCZĄCA PRZYZNANIA NAGRODY**

POZYTYWNA

NEGATYWNA

.………………………………….………………………………………..

Data i podpis – **Prorektor ds. Nauki**

**DECYZJA JM REKTORA**

**PRZYZNAJĘ**

**NIE PRZYZNAJĘ**

Data i podpis – **Rektor**

1. Dokumenty potwierdzające osiągnięcie będą udostępnione przez Centrum Symulacji Medycznej na prośbę Komisji ds. Oceny Wniosku [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku **niespełnienia** warunków określonych w § 3 ust. 4 i 8 Regulaminu przyznawania nagród rektora dla nauczycieli akademickich oraz pracowników niebędących nauczycielami akademickimi przez któregokolwiek z kandydatów do nagrody finansowej, wniosek powinien zostać zwrócony do wnioskodawcy w celu skorygowania. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku niekompletności wniosku (brak załączników, brak wymaganych podpisów itp.), wniosek powinien zostać zwrócony do wnioskodawcy w celu uzupełnienia braków. [↑](#footnote-ref-3)