Gdańsk, dnia …………………………… 20…… r.

Imię i nazwisko doktoranta: ……………………………………………

Nazwa szkoły doktorskiej: Międzyuczelniana Szkoła Doktorska Biotechnologii UG i GUMed

Nazwa dziedziny nauki: nauki medyczne i nauki o zdrowiu

Nazwa dyscypliny naukowej: nauki medyczne

**Sz. P.**

**Przewodniczący**

**Rady Dyscypliny Naukowej**

***Nauki medyczne***

**WNIOSEK**

**O WYZNACZENIE PROMOTORA**

Na podstawie § 30 ust. 1 pkt 1 Regulaminu Międzyuczelnianej Szkoły Doktorskiej Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zwracam się o wyznaczenie ……………………………………………………………………………… (*tytuł/stopień naukowy Imię Nazwisko*) jako promotora sprawującego opiekę naukową nad przygotowaniem rozprawy doktorskiej.

……………………………………………………………………….

*podpis doktoranta*

**ZGODA
NA PEŁNIENIE FUNKCJI PROMOTORA**

Na podstawie § 30 ust. 1 pkt 2 Regulaminu Międzyuczelnianej Szkoły Doktorskiej Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wyrażam zgodę
na pełnienie funkcji promotora sprawującego opiekę naukową nad przygotowaniem rozprawy doktorskiej przez Panią/Pana ……………………………………………………. (*Imię Nazwisko doktoranta*).

………………………………………………………………………………….

*podpis osoby wskazanej we wniosku*

*jako kandydat na promotora*

**OPINIA DZIEKANA WYDZIAŁU *(nazwa wydziału)*,**

**na którym jest zatrudniony kandydat na promotora\***

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

………………………………………………………………………………….

*podpis dziekana*

**\*** Opinia powinna uwzględniać obciążenia dydaktyczne kandydata oraz ewentualne planowane przez kandydata urlopy naukowe i inne urlopy, o których mowa w § 56 ust. 1 Regulaminu Pracy Uniwersytetu Gdańskiego.

**OPINIA DYREKTORA MIĘDZYUCZELNIANEJ SZKOŁY DOKTORSKIEJ BIOTECHNOLOGII UNIWERSYTETU GDAŃSKIEGO I GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

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

………………………………………………………………………………….

*podpis Dyrektora Szkoły Doktorskiej*