Załącznik nr 1

do Regulaminu postępowania w sprawie nadania stopnia doktora

w Akademii Śląskiej

Uchwała Senatu nr 38/3/12/22

Katowice, ...................................

………………………………………….

*(imię i nazwisko Kandydata)*

………………………………………….

*(PESEL)*

………………………………………….

*(adres korespondencyjny)*

……………………………………….

*(adres e-mail, telefon)*

**Przewodniczący Rady Naukowej Wydziału Nauk Medycznych  
prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Andrzej Madej**

**WNIOSEK**

**o wyznaczenie promotora/promotorów/promotora pomocniczego[[1]](#footnote-1)**

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie promotora/promotorów mojej rozprawy doktorskiej pod tytułem: ............................................................................................................................................…….........

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

w osobie/osobach

……………………………………………………… ……………………………..

*(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko promotora) (PESEL promotora)*

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

*(miejsce pracy promotora)*

……………………………………………………… ……………………………..

*(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko promotora) (PESEL promotora)*

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

……………………………

*(data i podpis Kandydata)*

1. Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji promotora w powyższym postępowaniu.

2. Oświadczam, że spełniam wymagania określone w § 3 Regulaminu postępowania w sprawie nadania stopnia doktora w Akademii Śląskiej.

…….……………………………………………………………..

*(podpis osoby wyrażającej zgodę na objęcie funkcji promotora)*

…….……………………………………………………………..

*(podpis osoby wyrażającej zgodę na objęcie funkcji promotora)*

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie promotora pomocniczego w postępowaniu o nadanie stopnia doktora w osobie:

……………………………………………………………….……

*(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko promotora pomocniczego)*

…………………………..…………….…

*(data i podpis Kandydata)*

…………………………..…………….…

*(data i podpis Promotora pomocniczego)*

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji promotora pomocniczego w powyższym postępowaniu.

…….……………………………………………………

*(podpis osoby wyrażającej zgodę na objecie funkcji promotora pomocniczego)*

Uzasadnienie wyznaczenia więcej niż 1 Promotora lub Promotora pomocniczego

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

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

***DANE KANDYDATA DO STOPNIA DOKTORA W TRYBIE EKSTERNISTYCZNYM***

|  |  |
| --- | --- |
|  | WypełniaKandydat |
| Miejscowość, data |  |
| Nazwisko i imię/imiona |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres email |  |
| Miejsce zatrudnienia |  |
| PESEL, w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało |  |
| obywatelstwo |  |
| w przypadku cudzoziemców:   1. nazwę państwa urodzenia, 2. informacje o posiadaniu Karty Polaka | *jeśli dotyczy* |

**PROMOTOR 1:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię/imiona |  |
| Tytuł |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Adres email |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Miejsce zatrudnienia | Nazwa:  Kraj:  Kod pocztowy:  Miasto:  Ulica:  Nr budynku:  Nr lokalu: |
| PESEL, w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało |  |

**PROMOTOR 2 /jeśli dotyczy/:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię/imiona |  |
| Tytuł |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Adres email |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Miejsce zatrudnienia | Nazwa:  Kraj:  Kod pocztowy:  Miasto:  Ulica:  Nr budynku:  Nr lokalu: |
| PESEL, w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało |  |

**PROMOTOR POMOCNICZY /jeśli dotyczy/:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię/imiona |  |
| Tytuł |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Adres email |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Miejsce zatrudnienia | Nazwa:  Kraj:  Kod pocztowy:  Miasto:  Ulica:  Nr budynku:  Nr lokalu: |
| PESEL, w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało |  |

1. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)