**Formularz zgłoszeniowy -**

**na wykładowcę**

**w związku z realizacją projektu „Choroby genetycznie uwarunkowane -edukacja i diagnostyka”**

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY KANDYDATA NA WYKŁADOWCĘ**

**I. Życiorys kandydata na wykładowcę**

|  |
| --- |
| **Dane osobowe kandydata**  |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| **Adres zamieszkania** |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Nazwa miejscowości |  |
| Telefon  |  |
| E-mail |  |

**II. Kryteria obligatoryjne**

|  |
| --- |
| **WYKSZTAŁCENIE****Posiadany stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu** |
| **1** | Ukończony kierunek i nazwa uczelni |  |
| **2.** | Nr prawa wykonywania zawodu |  |
| **3.** | Posiadany tytuł naukowy (rok uzyskania) |  |
|  **STAŻ PRACY****Minimum 5-letnie doświadczenie w prowadzeniu pacjentów z wrodzonymi zaburzeniami metabolizmu** |
| **1.** | Staż pracy (lata)  |  |
| **2.** | Nazwa firmy/instytucji, na rzecz której udzielano świadczenia w okresie ostatnich 5 lat |  |
| **DOŚWIADCZENIE** **Dorobek naukowo medyczny w zakresie zaburzeń pediatrii metabolicznej** |
| **Tematyka** | **Charakterystyka doświadczeń zawodowych**  | **Doświadczenie w latach**  |
|  |  |  |
| **Dorobek dydaktyczny w obszarze medycznym związanym z chorobami genetycznie uwarunkowanymi i wrodzonymi wadami metabolizmu, w tym doświadczenie w prowadzeniu kursów w okresie ostatnich 3 lat poprzedzających dzień złożenia formularza (min. 5 tematów)** |
| Liczba przeprowadzonych kursów  |  |
| **Lp.** | **Temat kursu** | **Miejsce kursu-Nazwa firmy/instytucji** | **Okres realizacji****(od m-c/rok do m-c/rok)** | **Grupa docelowa**  |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
|  |
| **Liczba publikacji ( PubMed ) wymagane minimum 5 publikacji** |
| Liczba publikacji  |  |

*Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji prawnych wprowadzenia IMID w błąd przy przedstawianiu informacji. Prawdziwość danych zawartych w kwestionariuszu potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

*…………..................……, dnia......................r. …...............................................*

*(Miejscowość) podpis kandydata na wykładowcę*