

Nazwisko i Imię doktoranta	PESEL
.....
Wydział	Adres stałego zameldowania /kod poczt., miejscowość, ulica, wojew. /
Rok studiów w roku 20...../20.....
Tryb studiów : stacjonarne	Adres do korespondencji /kod poczt., miejscowość, ulica, wojew. /
Data rozpoczęcia studiów doktoranckich
a regulaminowego zakończenia studiów doktoranckich

WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM DOKTORANCKIEGO
Do JM REKTORA Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Ja, niżej podpisana/y, zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie stypendium doktoranckiego na 12 miesięcy od

KRYTERIUM	OPIS OSIĄGNIĘĆ /nazwa, tytuły miejsce i data zamieszczenia, autorstwo */	Liczba punktów (wypełnia BODP)
Doktoranci na I roku	liczba punktów w rekrutacji	
	miejsce w rankingu rekrutacyjnym	
Doktoranci od II roku	średnia ocen z zaliczeń i egzaminów	(max 5 punktów)
Opinia opiekuna/kierownika jednostki o działalności dydaktycznej		(5 punktów)
Ankieta studencka za rok akademicki poprzedzający składanie wniosków		(max 5 punktów)
Podanie o udzielenie patentu z potwierdzeniem jego zgłoszenia		(50 punktów)
Pozyskanie grantu lub udział w grantcie	międzynarodowym	(40 punktów lub % z 40)
	zewn. krajowym	(30 punktów lub % z 30)
	wewnętrznym	(10 punktów lub % z 10)
Publikacje w czasopismach z Impact Factor		(40 punktów lub % z 40)
Publikacje z listy MNiSzW		(20 punktów lub % z 20)
Publikacje inne pełnotekstowe (np. rozdział w książce)		(10 punktów lub % z 10)
Praca w suplemencie, prezentacja zjazdowa, streszczenia, abstrakty oraz inne		(5 punktów lub % z 5)

*Opis dotyczy osiągnięć za rok akademicki poprzedzający składanie wniosku, do publikacji należy dołączyć: zaświadczenie promotora lub pierwszego autora lub z biblioteki o % udziale w publikacji, kserokopię pierwszej i ostatniej strony publikacji (oryginał do wglądu).

Opinia Wydziałowej Komisji Doktoranckiej:

.....
Data i podpis Opiniującego

Oświadczenie doktoranta:

- Zapoznałem/am się z zasadami przyznawania stypendiów dla doktorantów WUM określonymi w Regulaminie przyznawania stypendiów doktoranckich na WUM wprowadzonym Zarządzeniem Rektora WUM nr
- W przypadku zmiany sytuacji mającej wpływ na prawo do otrzymywania stypendium w tym rezygnacji ze studiów, zobowiązuję się niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Sekcji Nauczania Biura Obsługi Działalności Podstawowej.
- Zobowiązuję się do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (jednolity: Dz. U. z 2002 nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz przepisami wewnętrznymi obowiązującymi na WUM, wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie stypendium doktoranckiego. Wiem, że przysługuje mi prawo do wglądu i poprawienia moich danych osobowych.

.....
 Data

.....
 czytelny podpis doktoranta