***Załącznik nr 1*** *do Komunikatu nr 10 Dyrektora Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu z dnia 20 lipca 2022 r.*

**WNIOSEK DO DYREKTORA SZKOŁY DOKTORSKIEJ NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU
O AKCEPTACJĘ PROWADZENIA PRZEZ DOKTORANTA PRZED OCENĄ ŚRÓDOKRESOWĄ ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH W WYMIARZE PRZEKRACZAJĄCYM WYMIAR PRAKTYK ZAWODOWYCH**

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

Program doktorski: ……………………………………………………………………………………………………………

Rok kształcenia: ……………………………………………………………………………………………………………

Wydział/Jednostka z którym/ą doktorant/ka zawrze umowę cywilno-prawną na prowadzenie zajęć dydaktycznych

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

Planowany wymiar godzin(max: 60 h rocznie): ………………………………………………………………

Oświadczenia doktoranta

Oświadczam, że:

- zdobyte podczas prowadzenia zajęć dydaktycznych kompetencje są mi niezbędne;

- podjęcie dodatkowej aktywności nie zaburzy procesu przygotowania rozprawy doktorskiej i nie

 przeszkodzi w wywiązaniu się z pozostałych obowiązków doktoranta.

Data i podpis doktoranta: ……………………………………………………………………………………………….

Akceptacja promotora (data i podpis): ……………………………………………………………………………………………….

Akceptacja Dyrektora Szkoły Doktorskiej Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu (data i podpis):

……………………………………………………………………………………………….