

Harmonogram postępowania rekrutacyjnego na studia doktoranckie na rok akademicki 2017/2018.

1. Osoby ubiegające się o przyjęcie na studia doktoranckie zobowiązane są do dokonania rejestracji elektronicznej i złożenia dokumentów w terminie:
 - 1) 01.06.2017r. - 14.06.2017r. - na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej,
 - 2) 12.06.2017r. - 23.06.2017r. - na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim oraz na Wydziale Nauk o Zdrowiu.
2. Kandydaci kończący studia w roku akademickim 2016/2017 składają dyplom ukończenia studiów oraz zaświadczenie o średniej ocen z przebiegu studiów, wystawione przez właściwy Dziekanat do 14.07.2017 r., zaś pozostałe dokumenty w terminach wskazanych w ust. 1.
3. Laureaci programu Diamentowy Grant składają stosowne dokumenty oraz zaświadczenie o ukończeniu 3 roku studiów w terminach określonych w ust. 1-2.
4. W przypadku niezachowania terminów wskazanych w ust. 1-3, kandydat nie zostaje dopuszczony do dalszego etapu postępowania konkursowego.
5. Kandydaci na opiekunów naukowych/promotorów powinni złożyć oświadczenie o zapewnieniu miejsca odbycia zajęć dydaktycznych (Załącznik nr 7) oraz o zapewnieniu miejsca realizacji badań naukowych (Załącznik nr 8) w terminach określonych w ust. 1.
6. Terminy egzaminów:
 - 1) na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim:
 - a) 07.09.2017r. – język angielski. W dniu 07.09.2017r. – należy zgłosić się do Studium Języków Obcych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Collegium Uniwersum) przy ulicy Adama Mickiewicza 2c o godz. 9:45. O godz. 10:00 rozpocznie się egzamin ustny.
 - b) 08.09.2017r. – przedmiot kierunkowy. W dniu 08.09.2017r. należy zgłosić się do sali konferencyjnej (sala nr 29 przy Dziale Spraw Studenckich na parterze Pałacu Branickich) o godz. 8:15. O godz. 8:30 rozpocznie się egzamin ustny.
 - 2) na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej:
 - a) 10.07.2017r. – język angielski W dniu 10.07.2017r. należy zgłosić się do Studium Języków Obcych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Collegium

Adres zameldowania:	
Kod pocztowy	
Województwo	
Pocztą	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Telefon kontaktowy 1	
Telefon kontaktowy 2	
E-mail	
Adres do korespondencji:	
Kod pocztowy	
Województwo	
Pocztą	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Wykształcenie:	
Pełna nazwa szkoły wyższej	
Rok ukończenia szkoły wyższej	
Nazwa ukończonego kierunku	
Stopień zawodowy mgr lub równorzędny, jaki?	
Numer albumu studenta (w przypadku absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku)	
Wykształcenie uzupełniające:	
Nazwa	
Data ukończenia	
Data rozpoczęcia (w przypadku jej trwania)	
Dotychczasowe zatrudnienie:	
Nazwa zakładu pracy	
Stanowisko	
Okres zatrudnienia	
Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku:	

Nazwisko	
Imię	
Telefon	
Adres	

Obszarem mojego egzaminu z przedmiotu będzie:

Przedmiot	Obszar zainteresowań	Zakreśl właściwe
Nauki podstawowe	Anatomia/Histologia/Patomorfologia	Tak/Nie
	Fizjologia/Patofizjologia	Tak/Nie
	Chemia/Biochemia	Tak/Nie
	Immunologia/Mikrobiologia	Tak/Nie
	Biologia molekularna/Farmakologia/Genetyka	Tak/Nie
	Jedna z dyscyplin podstawowych:..... (z listy jednostek organizacyjnych UMB):	Tak/Nie
Nauki kliniczne	Choroby wewnętrzne	Tak/Nie
	Pediatrya	Tak/Nie
	Chirurgia	Tak/Nie
	Ginekologia	Tak/Nie
	Inne dyscypliny zabiegowe:..... (z listy jednostek organizacyjnych UMB):	Tak/Nie
	Neurologia/Psychiatria	Tak/Nie
	Diagnostyka laboratoryjna	Tak/Nie
	Stomatologia	Tak/Nie
	Jedna z dyscyplin klinicznych: (z listy jednostek organizacyjnych UMB):	Tak/Nie
Nauki farmaceutyczne	Biologia/Genetyka	Tak/Nie
	Fizjologia/Patofizjologia	Tak/Nie
	Chemia/Biochemia	Tak/Nie
	Chemia, synteza i technologia leków	Tak/Nie
	Technologia postaci leku	Tak/Nie
	Farmakologia/farmakodynamika/Biofarmacja	Tak/Nie

	Toksykologia	Tak/Nie
	Bromatologia	Tak/Nie
	Leki pochodzenia naturalnego	Tak/Nie
	Mikrobiologia	Tak/Nie
Nauki medyczne /diagnostyka laboratoryjna/	Anatomia/Histologia/Patomorfologia	Tak/Nie
	Biologia/Genetyka	Tak/Nie
	Fizjologia/Patofizjologia	Tak/Nie
	Chemia/Biochemia	Tak/Nie
	Immunologia/Mikrobiologia	Tak/Nie
	Biochemia i chemia kliniczna	Tak/Nie
	Hematologia	Tak/Nie
	Parazytologia	Tak/Nie
Nauki o zdrowiu	Jedna z dyscyplin podstawowych i/lub klinicznych:..... (z listy jednostek organizacyjnych UMB):	Tak/Nie

Proponowany opiekun naukowy **

.....

** wskazanie opiekuna naukowego nie jest obowiązkowe

Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych

Oświadczam, iż mam pełną zdolność do czynności prawnych.

imię i nazwisko

.....
*data i czytelny podpis kandydata na
doktoranta*

W załączeniu przedkładam:

- 1) wypełniony i podpisany wniosek o przyjęcie na studia doktoranckie wraz ze wskazaniem obszaru zainteresowań (wybranego z listy podanej w warunkach rekrutacji), z którego kandydat zdawać będzie egzamin z przedmiotu kierunkowego, oraz podpisaniem zgody na przetwarzanie danych osobowych,
- 2) podpisana fotografia (imię, nazwisko, pesel), zgodna z wymaganiami stosowanymi przy wydawaniu dowodów osobistych,
- 3) dyplom lub odpis dyplomu ukończenia studiów magisterskich,
- 4) w przypadku beneficjentów programu Diamentowy Grant: decyzję ministra o przyznaniu środków na badania naukowe, dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia lub zaświadczenie o ukończeniu trzeciego roku jednolitych studiów magisterskich,
- 5) zaświadczenie o średniej ocen z przebiegu studiów wystawione przez odpowiedni Dziekanat
- 6) projekt prezentujący koncepcję pracy badawczej,
- 7) wykaz dotychczasowej działalności naukowej i osiągnięć naukowych wraz z dokumentami je potwierdzającymi,
- 8) orzeczenie lekarza medycyny pracy stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia studiów doktoranckich
- 9) poświadczoną przez Uczelnię, notarialnie lub przez instytucję wydającą kserokopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości, w przypadku gdy kandydat nie posiada dowodu osobistego.

WNIOSEK KANDYDATA NA DOKTORANTA
na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej

Data zarejestrowania:

Jego Magnificencja Rektor
prof. dr hab. Adam Krętowski
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na stacjonarne Studia Doktoranckie na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w dziedzinie **nauk farmaceutycznych/nauk medycznych** (*niepotrzebne skreślić*).

W przypadku spełnienia przeze mnie kryterium przyjęcia na studia doktoranckie na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej i nieprzyjęcia w ramach limitu miejsc z powodu braku miejsc w ramach wybranego limitu we wskazanej powyżej dziedzinie, uprzejmie proszę o rozpatrzenie możliwości przyjęcia mnie na studia w ramach limitu miejsc w dziedzinie **nauk farmaceutycznych/nauk medycznych** (*niepotrzebne skreślić*), o ile limit miejsc w ramach tej dziedziny nie został wypełniony.

Dane osobowe:	
Płeć	
Nazwisko	
Imię	
Drugie Imię	
Nazwisko rodowe	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Narodowość	

Obywatelstwo	
Imię ojca	
Imię matki	
PESEL /data urodzenia przy cudzoziemcach	
Rodzaj dokumentu potwierdzający tożsamość	
Numer dokumentu tożsamości	
Data wydania dokumentu	
Adres zameldowania:	
Kod pocztowy	
Województwo	
Poczta	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Telefon kontaktowy 1	
Telefon kontaktowy 2	
E-mail	
Adres do korespondencji:	
Kod pocztowy	
Województwo	
Poczta	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Wykształcenie:	
Pełna nazwa szkoły wyższej	
Rok ukończenia szkoły wyższej	
Nazwa ukończonego kierunku	
Stopień zawodowy mgr lub równorzędny, jaki?	
Numer albumu studenta (w przypadku absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku)	
Wykształcenie uzupełniające:	
Nazwa	

Data ukończenia	
Data rozpoczęcia (w przypadku jej trwania)	
Dotychczasowe zatrudnienie:	
Nazwa zakładu pracy	
Stanowisko	
Okres zatrudnienia	
Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku:	
Nazwisko	
Imię	
Telefon	
Adres	

Obszarem mojego egzaminu z przedmiotu kierunkowego będzie:

Nauki	Obszar zainteresowań	Zakreśl właściwe
Nauki farmaceutyczne	Anatomia/Histologia/Patomorfologia	Tak/Nie
	Biologia/Genetyka	Tak/Nie
	Biologia molekularna	Tak/Nie
	Biofizyka	Tak/Nie
	Botanika	Tak/Nie
	Chemia	Tak/Nie
	Biochemia	Tak/Nie
	Fizjologia/Patofizjologia	Tak/Nie
	Biofarmacja	Tak/Nie
	Biotechnologia	Tak/Nie
	Bromatologia	Tak/Nie
	Chemia leków	Tak/Nie
	Farmakologia/Farmakodynamika	Tak/Nie
	Farmacja stosowana	Tak/Nie
	Farmakognozja	Tak/Nie
	Farmakoterapia	Tak/Nie
	Leki pochodzenia naturalnego	Tak/Nie
	Synteza i technologia środków leczniczych	Tak/Nie
Technologia postaci leku	Tak/Nie	

	Toksykologia	Tak/Nie
Nauki medyczne /biologia medyczna/	Anatomia/Histologia/Patomorfologia	Tak/Nie
	Biologia/Genetyka	Tak/Nie
	Biologia molekularna	Tak/Nie
	Biofizyka	Tak/Nie
	Chemia	Tak/Nie
	Biochemia	Tak/Nie
	Fizjologia/Patofizjologia	Tak/Nie
	Farmakologia	Tak/Nie
	Toksykologia	Tak/Nie
	Biochemia i chemia kliniczna	Tak/Nie
	Genetyka medyczna	Tak/Nie
	Hematologia	Tak/Nie
	Immunologia	Tak/Nie
	Mikrobiologia	Tak/Nie
Parazytologia	Tak/Nie	

Proponowany opiekun naukowy *

.....

* wskazanie opiekuna naukowego nie jest obowiązkowe

Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych

Oświadczam, iż mam pełną zdolność do czynności prawnych.

imię i nazwisko

.....
*data i czytelny podpis kandydata na
doktoranta*

W załączeniu przedkładam:

- 1) wypełniony i podpisany wniosek o przyjęcie na studia doktoranckie wraz ze wskazaniem obszaru zainteresowań (wybranego z listy podanej w warunkach rekrutacji), z którego kandydat zdawać będzie egzamin z przedmiotu kierunkowego, oraz podpisaniem zgody na przetwarzanie danych osobowych,
- 2) podpisana fotografia (imię, nazwisko, pesel), zgodna z wymaganiami stosowanymi przy wydawaniu dowodów osobistych,
- 3) dyplom lub odpis dyplomu ukończenia studiów magisterskich,
- 4) w przypadku beneficjentów programu Diamentowy Grant: decyzję ministra o przyznaniu środków na badania naukowe, dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia lub zaświadczenie o ukończeniu trzeciego roku jednolitych studiów magisterskich,
- 5) zaświadczenie o średniej ocen z przebiegu studiów wystawione przez odpowiedni Dziekanat
- 6) projekt prezentujący koncepcję pracy badawczej,
- 7) wykaz dotychczasowej działalności naukowej i osiągnięć naukowych wraz z dokumentami je potwierdzającymi,
- 8) orzeczenie lekarza medycyny pracy stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia studiów doktoranckich,
- 9) poświadczoną przez Uczelnię, notarialnie lub przez instytucję wydającą kserokopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości, w przypadku gdy kandydat nie posiada dowodu osobistego.

WNIOSEK KANDYDATA NA DOKTORANTA
na Wydziale Nauk o Zdrowiu

Data zarejestrowania:

Jego Magnificencja Rektor
prof. dr hab. Adam Krętowski
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na stacjonarne Studia Doktoranckie na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w dziedzinie **nauk o zdrowiu/ nauk medycznych** (*niepotrzebne skreślić*).

W przypadku spełnienia przeze mnie kryterium przyjęcia na studia doktoranckie na Wydziale Nauk o Zdrowiu i nieprzyjęcia w ramach limitu miejsc z powodu braku miejsc w ramach wybranego limitu we wskazanej powyżej dziedzinie, uprzejmie proszę o rozpatrzenie możliwości przyjęcia mnie na studia w ramach limitu miejsc w **dziedzinie nauk o zdrowiu/nauk medycznych** (*niepotrzebne skreślić*), o ile limit miejsc w ramach tej dziedziny nie został wypełniony.

Dane osobowe:	
Płeć	
Nazwisko	
Imię	
Drugie Imię	
Nazwisko rodowe	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Narodowość	
Obywatelstwo	

Imię ojca	
Imię matki	
PESEL /data urodzenia przy cudzoziemcach	
Rodzaj dokumentu potwierdzający tożsamość	
Numer dokumentu tożsamości	
Data wydania dokumentu	
Adres zameldowania:	
Kod pocztowy	
Województwo	
Poczta	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Telefon kontaktowy 1	
Telefon kontaktowy 2	
E-mail	
Adres do korespondencji:	
Kod pocztowy	
Województwo	
Poczta	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Wykształcenie:	
Pełna nazwa szkoły wyższej	
Rok ukończenia szkoły wyższej	
Nazwa ukończonego kierunku	
Stopień zawodowy mgr lub równorzędny, jaki?	
Numer albumu studenta (w przypadku absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku)	
Wykształcenie uzupełniające:	
Nazwa	
Data ukończenia	

Data rozpoczęcia (w przypadku jej trwania)	
Dotychczasowe zatrudnienie:	
Nazwa zakładu pracy	
Stanowisko	
Okres zatrudnienia	
Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku:	
Nazwisko	
Imię	
Telefon	
Adres	

Obszarem mojego egzaminu z przedmiotu kierunkowego będzie:

Nauki	Obszar zainteresowań	Zakreśl właściwe
Nauki podstawowe	Anatomia/Histologia/Patomorfologia	Tak/Nie
	Fizjologia/Patofizjologia	Tak/Nie
	Chemia/Biochemia	Tak/Nie
	Immunologia/Mikrobiologia	Tak/Nie
	Biologia molekularna/Farmakologia/Genetyka	Tak/Nie
	Jedna z dyscyplin podstawowych:..... (z listy jednostek organizacyjnych UMB):	Tak/Nie
Nauki kliniczne	Choroby wewnętrzne	Tak/Nie
	Pediatrica	Tak/Nie
	Chirurgia	Tak/Nie
	Ginekologia	Tak/Nie
	Inne dyscypliny zabiegowe:..... (z listy jednostek organizacyjnych UMB):	Tak/Nie
	Neurologia/Psychiatria	Tak/Nie
	Diagnostyka laboratoryjna	Tak/Nie
	Stomatologia	Tak/Nie
	Jedna z dyscyplin klinicznych:..... (z listy jednostek organizacyjnych UMB):	Tak/Nie

Nauki farmaceutyczne	Biologia/Genetyka	Tak/Nie
	Fizjologia/Patofizjologia	Tak/Nie
	Chemia/Biochemia	Tak/Nie
	Chemia, synteza i technologia leków	Tak/Nie
	Technologia postaci leku	Tak/Nie
	Farmakologia/farmakodynamika/Biofarmacja	Tak/Nie
	Toksykologia	Tak/Nie
	Bromatologia	Tak/Nie
	Leki pochodzenia naturalnego	Tak/Nie
	Mikrobiologia	Tak/Nie
Nauki medyczne /diagnostyka laboratoryjna/	Anatomia/Histologia/Patomorfologia	Tak/Nie
	Biologia/Genetyka	Tak/Nie
	Fizjologia/Patofizjologia	Tak/Nie
	Chemia/Biochemia	Tak/Nie
	Immunologia/Mikrobiologia	Tak/Nie
	Biochemia i chemia kliniczna	Tak/Nie
	Hematologia	Tak/Nie
	Parazytologia	Tak/Nie
Nauki o zdrowiu	Jedna z dyscyplin podstawowych i/lub klinicznych:..... (z listy jednostek organizacyjnych UMB):	Tak/Nie

Proponowany opiekun naukowy *

.....

* wskazanie opiekuna naukowego nie jest obowiązkowe

Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych

Oświadczam, iż mam pełną zdolność do czynności prawnych.

imię i nazwisko

.....
*data i czytelny podpis kandydata na
doktoranta*

W załączeniu przedkładam:

- 1) wypełniony i podpisany wniosek o przyjęcie na studia doktoranckie wraz ze wskazaniem obszaru zainteresowań (wybranego z listy podanej w warunkach rekrutacji), z którego kandydat zdawać będzie egzamin z przedmiotu kierunkowego, oraz podpisaniem zgody na przetwarzanie danych osobowych,
- 2) podpisana fotografia (imię, nazwisko, pesel), zgodna z wymaganiami stosowanymi przy wydawaniu dowodów osobistych,
- 3) dyplom lub odpis dyplomu ukończenia studiów magisterskich,
- 4) w przypadku beneficjentów programu Diamentowy Grant: decyzję ministra o przyznaniu środków na badania naukowe, dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia lub zaświadczenie o ukończeniu trzeciego roku jednolitych studiów magisterskich,
- 5) zaświadczenie o średniej ocen z przebiegu studiów wystawione przez odpowiedni Dziekanat
- 6) projekt prezentujący koncepcję pracy badawczej,
- 7) wykaz dotychczasowej działalności naukowej i osiągnięć naukowych wraz z dokumentami je potwierdzającymi,
- 8) orzeczenie lekarza medycyny pracy stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia studiów doktoranckich,
- 9) poświadczoną przez Uczelnię, notarialnie lub przez instytucję wydającą kserokopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości, w przypadku gdy kandydat nie posiada dowodu osobistego.

Oświadczenie o zapewnieniu miejsca odbycia zajęć dydaktycznych

Oświadczam, iż zapewniam 90 godzin dydaktycznych rocznie, przez okres czterech lat:

- w formie prowadzenia zajęć dydaktycznych w okresie
- w formie współuczestniczenia w prowadzeniu zajęć dydaktycznych w okresie

..... z przeznaczeniem dla
(nazwa jednostki UMB)

studenta/ki Studiów Doktoranckichna
(imię i nazwisko)

Wydziale

.....
(nazwa wydziału)

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

.....
Data, pieczętka i podpis przyszłego
opiekuna naukowego/promotora

.....
data, pieczętka i podpis kierownika jednostki,
w której będą realizowane w/w godziny dydaktyczne

* dotyczy kandydatów na doktorantów:

- którzy są kierownikami projektów badawczych finansowanych przez NCN lub inne źródła zewnętrzne, w tym beneficjentami programu Diamentowy Grant, bądź współwykonawcami projektów badawczych finansowanych przez NCN lub inne źródła zewnętrzne, w okresie realizacji tych projektów,
- których przyszli opiekunowie naukowcy/promotorzy są kierownikami projektów badawczych finansowanych przez NCN, kierownikami projektów lub koordynatorami merytorycznymi ze strony UMB projektów NCBiR i projektów UE** w ramach programu Horyzont 2020 lub kierownikami, bądź koordynatorami merytorycznymi ze strony Uczelni innych projektów finansowanych ze źródeł zewnętrznych, w okresie realizacji tych projektów.

Wymiar godzinowy zajęć dydaktycznych, które mogą być realizowane przez doktoranta w formie współuczestniczenia określa Regulamin Studiów Doktoranckich.

W takim przypadku należy wypełnić właściwe z poniższych oświadczeń:

Oświadczam, że jestem kierownikiem/współwykonawcą (*niepotrzebne skreślić*) projektu badawczego finansowanego przez

.....

pod nazwą

okres realizacji od: do

.....

*data i podpis kandydata
na doktoranta*

.....

*data, pieczętka i podpis pracownika
Działu Nauki i Współpracy Międzynarodowej*

Oświadczam, że jestem kierownikiem/koordynatorem merytorycznym ze strony UMB** (*niepotrzebne skreślić*) projektu badawczego finansowanego przez

.....

pod nazwą

okres realizacji od: do

.....

*data, pieczętka i podpis przyszłego
opiekuna naukowego/promotora*

.....

*data, pieczętka i podpis pracownika
Działu Nauki i Współpracy Międzynarodowej*

** dotyczy projektów UE w ramach programu Horyzont 2020 lub innych projektów europejskich niestrukturalnych

Oświadczenie o zapewnieniu miejsca realizacji badań naukowych

Oświadczam, iż zapewniam miejsce wykonywania badań naukowych przez okres czterech lat

w..... z przeznaczeniem dla
(nazwa jednostki UMB)

studenta/ki Studiów Doktoranckichna
(imię i nazwisko)

Wydziale
(nazwa wydziału)

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

.....
Data, pieczętka i podpis przyszłego
opiekuna naukowego/promotora

.....
data, pieczętka i podpis kierownika jednostki,
w której będą realizowane badania