**Formularz zgłoszeniowy -**

**na wykładowcę**

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

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY KANDYDATA NA WYKŁADOWCĘ**

1. **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 lat w zakresie epidemiologii żywienia i leczenia chorób dietozależnych** | | | | | | | |
| **1.** | Staż pracy (lata) | |  | | | | |
| **2.** | Nazwa firmy/instytucji, na rzecz której udzielano świadczenia w okresie ostatnich 5 lat | |  | | | | |
| **DOŚWIADCZENIE**  **dorobek naukowo-medyczny w obszarze medycznym w zakresie żywienia człowieka i dietetyki, w szczególności w chorobach metabolicznych genetycznie uwarunkowanych** | | | | | | | |
| **Tematyka** | | **Charakterystyka doświadczeń zawodowych** | | | **Doświadczenie w latach** | | |
|  | |  | | |  | | |
| **Dorobek dydaktyczny w obszarze medycznym związanym z dietoprofilaktyką i dietoterapią, w tym doświadczenie w prowadzeniu kursów w okresie ostatnich 3 lat poprzedzających dzień złożenia formularza (min. 5 tematów) lub załączyć wykaz 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*