*Załącznik nr 1 do Decyzji nr 9/2022*

*Dziekana Wydziału Biologii*

*z dnia 1 września 2022 r.*

**INDYWIDUALNY PROGRAM STAŻU NAUKOWEGO**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE NA TEMAT STAŻYSTY** |
| Imię i nazwisko: |  |
| Tytuł/Stopień naukowy: |  |
| Miejsce pracy: | Uczelnia: |  |
| Wydział: |  |
| Katedra/Zakład: |  |
| Adres: |  |
| Kontakt: | Telefon: |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ NA STAŻ** |
| Nazwa: |  |
| Adres: |  |
| Opiekun naukowy: |  |
| Kontakt | Telefon: |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **CEL, OKRES I MIEJSCE REALIZACJI STAŻU** |
| Cel: |  |
| Efekt: |  |
| Obszar tematyczny: |  |
| Okres realizacji: |  |
| Miejsce realizacji: |  |
|  |

| **PLANOWANY PRZEBIEG STAŻU** |
| --- |
| **Zadanie** | **Planowany czas trwania zadania (dni)** |
| **Zadanie I:** |  |
|  |  |
| **Zadanie II:**  |  |
|  |  |
| **Zadanie III:** |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **SPODZIEWANE REZULTATY STAŻU NAUKOWEGO**  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania instytucji przyjmującej na staż |  |
| Podpis opiekuna naukowego |  |
| Podpis Kierownika Katedry Wydziału Biologii UwB |  |
| Podpis i pieczęć Dziekana Wydziału Biologii UwB |  |
| Podpis stażysty |  |