Obraz zawierający logo

Opis wygenerowany automatycznie

**Oświadczenie Wnioskodawcy**

**Konkurs na opracowanie i realizację autorskiego programu studiów podyplomowych**

**z zakresu nauk biomedycznych**

Numer konkursu: ABM/2023/6

TYTUŁ PROJEKTU:

WNIOSKODAWCA:

**Wnioskodawca oświadcza, że:**

1. Aktualnie realizuje kształcenie[[1]](#footnote-1)na kierunkach studiów *–* dotyczy Wnioskodawczy jednopodmiotowego i Lidera Konsorcjum *(uzupełnić tabelę poniżej)[[2]](#footnote-2)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa studiów i tryb (stacjonarne/niestacjonarne)** | **Lata realizacji** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

1. Posiada doświadczenie w zakresie realizacji co najmniej 10 kierunków studiów podyplomowych w latach 2018-2023 *–* dotyczy Wnioskodawczy jednopodmiotowego i Lidera Konsorcjum *(uzupełnić tabelę poniżej):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa studiów podyplomowych** | **Liczba zrealizowanych edycji** | **Lata realizacji** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

1. Posiada doświadczenie w realizacji studiów podyplomowych w co najmniej jednym z wymienionych zakresów tematycznych: metodologii badań naukowych lub badań klinicznych produktów leczniczych i/lub wyrobów medycznych, komercjalizacji badań naukowych, innowacji w ochronie zdrowia, medycyny translacyjnej, farmacji przemysłowej, rozwoju leków i/lub wyrobów medycznych, farmakokinetyki i farmakodynamiki, bioetyki i prawa medycznego *–* dotyczy Wnioskodawczy jednopodmiotowego i Lidera Konsorcjum *(w odpowiednim polu zaznaczyć TAK albo NIE)*:

|  |  |
| --- | --- |
| Tak | Nie |

Jeśli Wnioskodawca zaznaczył odpowiedź TAK, należy uzupełnić tabelę poniżej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa studiów podyplomowych**  **z zakresów tematycznych**  **wymienionych w pkt. 2** | **Liczba zrealizowanych edycji** | **Lata realizacji** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

1. Posiada własną platformę e-learningową umożliwiającą kształcenie asynchroniczne i weryfikację postępów w nauce *–* dotyczy Wnioskodawczy jednopodmiotowego, Lidera Konsorcjum i Konsorcjanta *(w odpowiednim polu zaznaczyć TAK albo NIE)*:

|  |  |
| --- | --- |
| Tak | Nie |

Jeśli Wnioskodawca zaznaczył odpowiedź TAK, należy wskazać odnośnik/link do strony na której znajduje się platforma: *[wkleić link].* W przypadku Konsorcjum należy również podać nazwę podmiotu, który posiada platformę.

(podpis osoby upoważnionej do złożenia Wniosku)

1. Posiada uprawnienia do prowadzenia i prowadzi studia na określonym kierunku/-ach, które wskazał w Oświadczeniu powyżej. Nie dotyczy Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy podać tylko te kierunki studiów, które zostały wskazane w punkcie 1.4 Regulaminu [↑](#footnote-ref-2)