**GRUPA BADAWCZA**

# FORMULARZ

**oceny nauczyciela akademickiego Wydziału Lekarskiego CM UMK**

**za okres** **od ………….do ……………**

**(UWAGA: pola białe wypełnia pracownik, pola szare wypełnia Komisja)**

## **DANE PERSONALNE**

Imię i nazwisko .......................................................................................................................................

Jednostka organizacyjna: .......................................................................................................................

Stanowisko (profesor, profesor UMK, adiunkt, asystent) ......................................................................

Data zatrudnienia w UMK ......................................................................................................................

Data uzyskania stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego, tytułu naukowego profesora (wymienić dziedzinę dyscyplinę) .............................................................................................................

Inne miejsca zatrudnienia .......................................................................................................................

Staże krajowe i zagraniczne, urlopy naukowe i stypendia (wymienić rodzaj, czas trwania)

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Przypisanie do dziedziny i dyscypliny naukowej (*proszę podać udział procentowy, jeżeli wiecej niż jedna dyscyplina)*…………………………………………………………………………………………………………..

Zaliczenie do liczby N *(proszę podać dyscyplinę)* …………………………………………………………………………………………………………

1. **DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWA**

***Publikacje naukowe AFILIOWANE za okres oceny*** ***(od …....…………. do ………………………).***

***(Wypełnia pracownik, na podstawie danych z Biblioteki Medycznej)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **liczba**  **prac** | | **IF** | | **Punkty MNiSW** | |
|  | **jako pierwszy autor** | **pozostałych** | **jako pierwszy autor** | **pozostałych** | **jako pierwszy autor** | **pozostałych** |
| 1. Książki, monografie |  |  |  |  |  |  |
| 2. Podręczniki, skrypty |  |  |  |  |  |  |
| 3. Artykuły w czasopismach naukowych |  |  |  |  |  |  |
| 4. Artykuły (rozdziały) w pracach zbiorowych |  |  |  |  |  |  |
| 5. Referaty i komunikaty  w materiałach konferencyjnych |  |  |  |  |  |  |
| 6. Inne, np. redakcja naukowa prac zbiorowych |  |  |  |  |  |  |
| 7. Prace popularno – naukowe |  |  |  |  |  |  |
| suma |  |  |  |  |  |  |

**Liczba wszystkich prac** (cały dorobek)…………………………………………

**IF (**suma- cały dorobek)………………..……………………………………………

**Punkty MNiSW (**suma- cały dorobek)……………………..…………………

**Liczba cytowań Scopus \***(*dot. całego dorobku*) ………………………… / index Hirscha:………………………..

**Liczba cytowań WoS \***(*dot. całego dorobku*) ……………..…………… / index Hirscha:………………………..

***UWAGA****:*

***do formularza oceny należy dołączyć:***

* ***analizę bibliometryczną całego dorobku afiliowanego - wygenerowaną ze strony Biblioteki Medycznej,***
* ***wykaz publikacji afiliowanych za okres oceny wraz z analizą bibliometryczną wygenerowaną ze strony Biblioteki Medycznej.***

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

*(data i podpis pracownika ) (data, podpis i pieczątka kierownika katedry)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA** | **POTWIERDZENIE** | **PUNKTY** |
| ocena bibliometryczna wg aktualnej listy MNiSW  ( min. wartość dla profesora, prof. UMK - wartość minimalna 600 pkt. w tym przynajmniej 2 prace ≥ 100 pkt., adiunkta - wartość minimalna 400 pkt. w tym przynajmniej  1 praca ≥100 pkt jako pierwszy autor, asystent 200 pkt w tym przynajmniej 1 praca ≥100 pkt jako pierwszy autor) | *wg załączonego wydruku Biblioteki Medycznej* |  |
| kierownictwo grantu zewnętrznego (400 pkt) | *(tytuł, nr, okres realizacji, wysokość przyznanych środków, jednostka przyznająca grant)* |  |
| patent (przyjęte zgłoszenie lub przyznany 200 pkt) | *(nr i nazwa patentu lub zgłoszenia)* |  |
|  | **PUNKTY ŁĄCZNIE** |  |

1. **DZIAŁALNOŚĆ ORGANIZACYJNA w okresie oceny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA** | **POTWIERDZENIE** | **PUNKTY** |
| udokumentowana współpraca naukowo-badawcza  z ośrodkami zagranicznymi (20 pkt) | *(proszę podać nazwę ośrodków i rok)* |  |
| udokumentowana współpraca z otoczeniem społeczno-gospodarczym (20 pkt) | *(proszę podać nazwę podmiotu gospodarczego, zakres współpracy i rok)* |  |
| udział w komitetach organizacyjnych i naukowych  konferencji krajowych i międzynarodowych (20 pkt) | *(proszę podać charakter udziału, nazwę konferencji i rok)* |  |
| wystąpienia na zaproszenie na konferencjach krajowych i międzynarodowych (20 pkt) | *(proszę podać tytuł wystąpienia, nazwę konferencji i rok)* |  |
| wykłady na zaproszenie w innych ośrodkach akademickich (20 pkt) | *(proszę podać tytuł wykładu, nazwę ośrodka i rok)* |  |
| aktywność ekspercka i  popularyzująca naukę (20 pkt) | *TAK, NIE, w przypadku TAK proszę podać szczegółowe informacje)* |  |
| aktywna praca na rzecz Uniwersytetu i Wydziału  (udział w komisjach, zespołach eksperckich, centrach  doskonałości i EF) (20 pkt) | *TAK, NIE, w przypadku TAK proszę podać szczegółowe informacje)* |  |
| sprawne zarządzanie zespołem oraz procesem badawczym (20 pkt) | TAK, NIE, w przypadku TAK proszę podać szczegółowe informacje) |  |
| inne formy aktywności organizacyjnej oceniane  przez Komisję Oceniającą (20 pkt) | TAK, NIE, w przypadku TAK proszę podać szczegółowe informacje) |  |
|  | **PUNKTY ŁĄCZNIE** |  |

**C.** **Oświadczam, że przestrzegam prawa autorskiego i praw pokrewnych, a także prawa własności przemysłowej.**

Bydgoszcz, dnia .......................................... ..................................................

(podpis pracownika)

**OPINIE I OCENA**

##### **Opinia kierownika jednostki organizacyjnej**

|  |
| --- |
| Proszę ocenić na poniższych skalach działalność:  **NAUKOWĄ:**  **Skala ocen:**  **P N P** – pozytywna  **N** – negatywna  UZASADNIENIE OCENY: ………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………    **ORGANIZACYJNĄ:**  **Skala ocen:**  **P N P** – pozytywna  **N** – negatywna  UZASADNIENIE OCENY: ………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **OCENA ŁĄCZNA:**  **Skala ocen:**  **P** – pozytywna  **P N N** – negatywna    PODSUMOWANIE OCENY: …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Data i podpis kierownika jednostki .......................................................................

**Ocena Komisji Oceniającej Wydziału Lekarskiego**

|  |
| --- |
| Proszę ocenić na poniższych skalach działalność:  **NAUKOWĄ:**  **Skala ocen:**  **P N P** – pozytywna  **N** – negatywna        **ORGANIZACYJNĄ:**  **Skala ocen:**  **P N P** – pozytywna  **N** – negatywna |
| **OCENA ŁĄCZNA:**  **Skala ocen:**  **P** – pozytywna  **P**  **N N** – negatywna |
| Proszę napisać uzasadnienie w przypadku, gdy jedna z działalności lub działalność łączna oceniona jest oceną **Negatywną**. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Wnioski i uwagi Komisji:** | |
| Podpisy członków Komisji Oceniającej Wydziału Lekarskiego | |
| Nazwisko i imię | Podpis |
| prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk – przew. |  |
| prof. dr hab. Dariusz Grzanka – z-ca |  |
| prof. dr hab. Grażyna Malukiewicz |  |
| prof. dr hab. Jan Styczyński |  |
| prof. dr hab. Tomasz Grzybowski |  |
| prof. dr hab. Małgorzata Pawłowska |  |
| dr hab. Anna Bajek, prof. UMK |  |
| DATA: | |
| *Z oceną zapoznałem(am) się:*  *Bydgoszcz, dnia ........................ .....................................................*  *(podpis pracownika)* | |

***Uwaga:*** *Nauczyciel akademicki jest uprawniony do zapoznania się z wszelkimi dokumentami związanymi z jego oceną oraz posiada prawo do złożenia wyjaśnień w toku postępowania oceniającego.*

***Pouczenie o trybie odwołania:***

*Zgodnie z § 15 ust. 2 Zarządzenia Nr 266 Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w toruniu z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie kryteriów, trybu i podmiotu dokonującego oceny okresowej nauczycieli akademickich na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu (Biuletyn Prawny UMK rok 2020; poz. 431) w ciągu 14 dni od dnia potwierdzenia zapoznania się z oceną pracownik może odwołać się od niej bezpośrednio do Rektora.*  .......................................................

(podpis pracownika)