**GRUPA DYDAKTYCZNA**

# 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 (TAK NIE) *(jeżeli TAK, to proszę podać dyscyplinę)* ……………………

1. **DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWA**

**(UWAGA: DLA PRACOWNIKÓW W GRUPIE DYDAKTYCZNEJ WYPEŁNIENIE PÓL W ROZDZIALE „A” NIE JEST OBOWIĄZKOWE)**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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 - 300 pkt., adiunkta - 200 pkt. w tym przynajmniej 1 praca jako pierwszy autor, asystent 100 pkt w tym przynajmniej 1 praca jako pierwszy autor) | *wg załączonego wydruku Biblioteki Medycznej* |  |
| kierownictwo grantu zewnętrznego (400 pkt.) | *(tytuł, nr, okres realizacji, wysokość przyznanych środków i jednostka przyznająca grant)*  |  |
| patent (przyjęte zgłoszenie lub przyznany) (200 pkt). | *(nr i nazwa patentu* *lub zgłoszenia)*  |  |
|  | **PUNKTY ŁĄCZNIE** |  |

**B. DZIAŁALNOŚĆ DYDAKTYCZNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA** | **POTWIERDZENIE** | **PUNKTY** |
| pozytywna ocena hospitacji zajęć (20 pkt)(obowiązkowe) | *(data hospitacji, osoba hospitująca)* |  |
| pozytywna ocena ankiet studenckich i studentów studiów doktoranckich >3,5 (10 pkt)(obowiązkowe) |  |  |
| pozytywna opinia koordynatora zajęć (10 pkt) | *(opinia i podpis koordynatora)* |  |
| pełnione funkcje związane z dydaktyką (np. koordynator przedmiotu) (20 pkt) | *(nazwa funkcji)* |  |
| sprawowanie opieki nad pracami dyplomowymi studentów (opiekun, recenzent, przewodniczący lub członek komisji w egzaminach dyplomowych) (10 pkt) | *(TAK, NIE, w przypadku TAK proszę podać szczegółowe informacje)*  |  |
| **KRYTERIA** | **POTWIERDZENIE** | **PUNKTY** |
| udokumentowane działania podnoszące jakość kształcenia(po 5 pkt) * przygotowanie materiałów dla studentów: skrypty, materiały
* opracowanie autorskich programów nauczania
* podnoszenie kompetencji zawodowych (kursy, certyfikaty, autorstwo podręczników)
* inne udokumentowane aktywności
 | *(TAK, NIE, w przypadku TAK proszę podać szczegółowe informacje)*  |  |
| udział w komisji nostryfikacyjnej (10 pkt) | *(TAK, NIE, w przypadku TAK proszę podać rok sesji egzaminacyjnej)*  |  |
| udział w przygotowaniu egzaminu końcowego (10 pkt) | (TAK, NIE, w przypadku TAK proszę podać rolę i rok sesji egzaminacyjnej) |  |
| nagroda Rektora za działalność dydaktyczną (20 pkt) | *(proszę podać rok przyznania nagrody)* |  |
| inne nagrody i wyróżnienia za działalność dydaktyczną (20 pkt) | *(proszę podać nazwę i rok przyznania nagrody lub wyróżnienia)* |  |
|  | **PUNKTY ŁĄCZNIE** |  |

1. **DZIAŁALNOŚĆ ORGANIZACYJNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA** | **POTWIERDZENIE** | **PUNKTY** |
| * kierowanie jednostką

i sprawne zarządzanie procesem dydaktycznym w przypadku kierownika(0-20 pkt) lub ocena przez kierownika aktywności organizacyjnej pracownika (0-20 pkt) - dotyczy stanowiska profesora, prof. UMK, adiunkta.* ocena przez kierownika aktywności organizacyjnej pracownika (0-20 pkt) – dotyczy stanowiska asystenta
 | *(dla kierowników jednostki – wypełnia Dziekan WL)*  |  |
| **KRYTERIA** | **POTWIERDZENIE** | **PUNKTY** |
| aktywny udział w komisjach wydziałowych i uczelnianych (10 pkt) | *(proszę podać nazwę komisji)* |  |
| koordynacja staży lub praktyk (10 pkt) | *(proszę podać kierunek i rok)*  |  |
| opieka nad kierunkiem lub rokiem studiów (10pkt) | *(proszę podać kierunek i rok)*  |  |
| zaangażowanie na rzecz promocji Uniwersytetu i Wydziału (festiwale nauki, Medicalia, Dni Otwarte, inne) (10 pkt) | *(proszę podać nazwę aktywności i rok)*  |  |
| współpraca z innymi ośrodkami uniwersyteckimi i otoczeniem zewnętrznym (10 pkt) | *(proszę podać nazwę ośrodka i rok)*  |  |
| koordynacja wymiany międzynarodowej (w tym Erasmus) (10 pkt) | *(TAK, NIE, w przypadku TAK proszę podać szczegółowe informacje)*  |  |
| opieka nad kołem naukowym (10 pkt) | *(proszę podać nazwę koła i rok)* |  |
| pozyskanie środków dydaktycznych ze źródeł zewnętrznych (10 pkt) | *(jednostka przyznającą, wysokość pozyskanych środków)*  |  |
| udział w procesie akredytacji kierunków studiów (10 pkt) | *(proszę podać kierunek 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) |  |
| inne formy aktywności organizacyjnej oceniane przez Komisję Oceniającą (po 10 pkt) | *(proszę podać formę aktywności i rok)*  |  |
|  | **PUNKTY ŁĄCZNIE** |  |

**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:***NAUKOWA (UWAGA: DLA PRACOWNIKÓW W GRUPIE DYDAKTYCZNEJ WYPEŁNIENIE TEGO POLA NIE JEST OBOWIĄZKOWE)*** **NAUKOWĄ:** **Skala ocen:** **P N P** – pozytywna **N** – negatywnaUZASADNIENIE OCENY: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **DYDAKTYCZNĄ:** **Skala ocen:** **P** – pozytywna  **P** **N**  **N** – negatywna UZASADNIENIE OCENY: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **ORGANIZACYJNĄ:** **Skala ocen:** **P** – pozytywna  **P** **N**  **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:*NAUKOWA (UWAGA: DLA PRACOWNIKÓW W GRUPIE DYDAKTYCZNEJ WYPEŁNIENIE TEGO POLA NIE JEST OBOWIĄZKOWE)* **NAUKOWĄ:** **Skala ocen:** **P N P** – pozytywna **N** – negatywna  **DYDAKTYCZNĄ:**    **P** **N** **ORGANIZACYJNĄ:**  **P** **N**   |
|  **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. |  |
| dr hab. Anita Olczak, prof. UMK |  |
| prof. dr hab. Michał Wiciński |  |
| dr hab. Krzysztof Tojek, prof. UMK |  |
| dr hab. Krzysztof Buczkowski, 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)