

*Załącznik nr 1 – wzór wniosku*

**Wzór wniosku o przyznanie stypendium motywacyjnego w ramach realizacji Projektu**

Wnoszę o przyznanie stypendium motywacyjnego w projekcie RadFarm na okres

……………………………………………………………………………………………………………………………
 (*proszę wpisać termin od – do – max 12 miesięcy)*i zawarcie Aneksu nr …… do umowy stypendialnej nr …………….. z dn. …………………………………

Dane doktoranta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **Nazwa** | **Proszę wpisać**  |
| 1 | **Imię** **(imiona)** |  |
| 2 | **Nazwisko** |  |
| 3 | **Płeć** | **Kobieta** |  |
| **Mężczyzna** |  |
| 4 | **Data urodzenia** |  |
| 5 | **Miejsce urodzenia** |  |
| 6 | **PESEL** |  |
| 7 | **Ulica/ Nr domu/ Nr lokalu** |  |
| 8 | **Miejscowość** |  |
| 9 | **Kod pocztowy** |  |
| 10 | **Województwo**  |  |
| 11 | **Powiat**  |  |
| 12 | **Telefon stacjonarny**  |  |
| 13 | **Telefon komórkowy**  |  |
| 14 | **Adres poczty elektronicznej**  |  |
| 15 | **Numer legitymacji**  |  |
| 16. | **Imię i nazwisko promotora/opiekuna** **naukowego** |  |

1. Zapoznałam(-em) się z Regulaminem przyznawania i wypłacania stypendium motywacyjnego w projekcie Interdyscyplinarnych Studiów Doktoranckich „RadFarm”.
2. Oświadczam, że jest mi znany cel przyznawania stypendium motywacyjnego w projekcie RadFarm, które ma mi umożliwić prowadzenie badań naukowych, udział w zagranicznych konferencjach czy sympozjach naukowych, zakup pomocy naukowych, a także podnoszenie przeze mnie kwalifikacji poprzez kursy i szkolenia zewnętrzne.
3. Zobowiązuję się do uczestnictwa w monitoringu projektu, w szczególności do wypełniania niezbędnych ankiet i formularzy.
4. Zostałam(-em) poinformowana(y), że projekt pod nazwą „Radiofarmeceutyki dla ukierunkowanej molekularnie diagnostyki i terapii medycznej” akronim RadFarm jest współfinansowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 z Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Załącznik do wniosku:** semestralne sprawozdanie z przebiegu prac badawczych z semestru…….., wraz z opinią opiekuna (promotora) oraz zatwierdzone przez Kierownika studiów doktoranckich na Wydziale Partnera lub w jednostce Lidera/Partnera

|  |  |
| --- | --- |
| Data ……………………………………… | ……………………………………………….. czytelny podpis doktoranta |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… data wpływu do Biura Partnerstwa | …………………………………………………………………. podpis pracownika Biura Partnerstwa |