**WNIOSEK O STYPENDIUM NA STAŻ ZAGRANICZNY**

**POLSKIEGO TOWARZYSTWA HEPATOLOGICZNEGO**

Imię i Nazwisko: ……………………………………………………..............................……, Data urodzenia: ..........................................

Adres e-mailowy: ………………………………………………………..……….., tel. kom. …………………………………….………………………………

Adres do korespondencji: ………………………………………………………................................................................................………

Miejsce pracy: ……………………………………………………………………...................................................................................………

Znajomość języka\* :

Angielskiego : podstawowa zaawansowana biegła

Francuskiego: podstawowa zaawansowana biegła

Niemieckiego: podstawowa zaawansowana biegła

Innego: *(wymienić)* …………………... podstawowa zaawansowana biegła

**Proszę opisać krótko doświadczenie w zakresie leczenia chorób wątroby**:

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

**Proszę podać preferowane ośrodki** (preferencje będą spełnione w miarę możliwości) lub podać nazwę Ośrodka który zadeklarował gotowość przyjęcia kandydata (należy wówczas dołączyć list potwierdzający z Ośrodka przyjmującego) 1) ……………………………….………………….…2) ……………….………………..………..………3) ……………………..……………………………

**Dorobek publikacyjny** w zakresie dotyczącym chorób wątroby.

(Proszę załączyć na oddzielnej kartce zestawienie publikacji w formie wydruku z biblioteki uczelnianej, lub PubMed. Przy każdej publikacji proszę podać punktację MNiSW oraz Impact Factor z okresu publikacji jeżeli czasopisma posiadają takową punktację.)

Sumaryczna wartość punktacji załączonych publikacji: **Impact Factor** ………………………… **MNiSW**………………………………

**Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego\***: Tak Nie

(jeżeli „Nie” to dopuszczalne jest przesłanie wypełnionej deklaracji wraz z dowodem opłaty składki)

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

Data i podpis Kandydata:

Zgoda Ordynatora/Kierownika Oddziału/Kliniki

Poświadczam, że ............................................................................................................... pracuje w kierowanym przeze mnie Oddziale/Klinice ...................................................................................................................... od roku ............... i w tym okresie przez ...................... lat zajmował/a się diagnostyką i terapią chorób wątroby.

………………………………………………………………………………..

Data i podpis właściwego przełożonego

**Deklaracja Przełożonego**

Deklaruję zgodę na udzielenie urlopu szkoleniowego lub innej formy usprawiedliwionej nieobecności umożliwiającej kandydatowi ........................................................................., udział w szkoleniu, w przypadku gdy uzyska kwalifikację na stypendium pobytowe PTHepat

………………………………………………………………………………..

Data i podpis właściwego przełożonego

Formularz należy wysłać na adres:

skan formularza e-mailem: zpchit@wum.edu.pl,

a oryginał formularza z załącznikami na adres: **prof. Piotr Małkowski**, **Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego WUM,** 02-007 Warszawa, ul. Oczki 6, pawilon 16

\*właściwe zakreślić