



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY  
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW

Nazwa wydziału .....

Załącznik Nr 33 do zarządzenia Nr 97/2010  
Logo  
Rektora WUM z dnia 30.11.2010  
wydziału

### Ankieta osiągnięć studenta / studentki

Wypełnioną ankietę należy przekazać do Dziekanatu .....

1. Imię i nazwisko .....
2. Nr albumu .....
3. Kierunek: .....
4. Specjalność .....

5. Studia stacjonarne/niestacjonarne \*, jednolite magisterskie/I-go stopnia \* 6. Przynależność do kół naukowych:

Lp.	Nazwa Koła Naukowego	Pełniona funkcja, zakres działalności	Okres przynależności	Liczba wystąpień na zjazdach i sympozjach **	Liczba publikacji **	Udział w pracach badawczych	Pieczęć jednostki prowadzącej Kóło	Podpis i pieczęć Opiekuna Koła
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Należy zbliżyć kopię dokumentu potwierdzającego udział w zjeździe/sympozjum, kopię publikacji, zaświadczenie kierownika pracy badawczej. Oryginał do wglądu.

7. Uzyskane **nagrody/wyróżnienia** (stypendia ministerialne, nagrody JM Rektora, nagrody JM Samorządu Studenckiego, STN, inne) – należy złożyć kopie stosownych dokumentów (liczba sztuk): .....
8. Czynny udział w **konferencjach/zjazdach**, np. Kongresy Młodych Medyków – należy złożyć kopie certyfikatów uczestnictwa potwierdzające udział (liczba załączników): .....
9. Udział w **szkoleniach/kursach** należy złożyć kopie certyfikatów uczestnictwa potwierdzające udział (liczba załączników): .....
10. **Publikacje** – należy złożyć kopie opublikowanych materiałów: abstraktów, artykułów w czasopiśmie, etc. (liczba załączników): .....
11. Pozostała działalność na rzecz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – należy złożyć kopie stosownych dokumentów (liczba sztuk): .....
12. Działalność w **Samorządzie Studentów i Organizacjach Studenckich** zarejestrowanych w WUM, np. PTSS:

Lp.	Nazwa organizacji	Pełniona funkcja, zakres działalności	Okres przynależności	Pieczęć organizacji	Podpis Przewodniczącego Zarządu
1.					
2.					
3.					

13. Praktyki zagraniczne/studia w ramach wymian międzynarodowych:

Lp.	Rodzaj praktyki/wymiany	Miejsce	Okres trwania	Pieczęć i podpis Opiekuna/Organizatora***
1.				
2.				
3.				

..... data ..... podpis studenta/ studentki

\*\*\* W przypadku niemożności uzyskania pieczęci/podpisu, należy załączyć kopie zaświadczeń potwierdzających udział w praktykach/wymianach zagranicznych z podpisem opiekuna/organizatora.