**Formularz zgłoszeniowy**

**Informacje o autorze pracy dyplomowej:**

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………........................

Data urodzenia:………………………………………………………………………………….

Adres miejsca zamieszkania:……………………………………………………………………

Tel. kontaktowy:………………………………………………………………………………...

E-mail: …………………………………………………………………………………………..

Kierunek studiów i tryb studiów: ……………………………………………………………….

Numer indeksu:………………………………………………………………………………….

Rodzaj pracy dyplomowej (właściwe podkreślić) licencjacka / magisterska

**Informacje o promotorze pracy dyplomowej**

Tytuł naukowy, imię i nazwisko:..………………………………………………………………

Tel. kontaktowy:………………………………………………………………………………...

E-mail:.…………………………………………………………………………………………..

Uzasadnienie zgłoszenia pracy: …………………………………...............................................

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

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

**Oświadczenia autora pracy**

Niniejszym oświadczam, że zgłoszona do Konkursu praca dyplomowa jest moim dziełem i nie narusza niczyich praw autorskich.

…………………………… ………………………………….

data wypełnienia wniosku podpis uczestnika konkursu

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Regulamin Konkursu Prac Dyplomowych na Wydziale Nauk o Zdrowiu, UniwersytetuMedycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

…………………………… ………………………………….

data wypełnienia wniosku podpis uczestnika konkursu

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. 1997 nr 133 poz. 883).

…………………………… ………………………………….

data wypełnienia wniosku podpis uczestnika konkursu

…………………………… ………………………………….

data wypełnienia wniosku podpis promotora pracy