Załącznik nr 2 do ZW 14/2020

**ZESTAWIENIE DANYCH DOT. OSÓB PROPONOWANYCH DO REALIZACJI ZAJĘĆ**

**NA WNIOSKOWANYM KIERUNKU STUDIÓW**

**Wydział:**

**Kierunek studiów:**

**Poziom studiów:**

**Profil:**

**Liczba osób proponowanych do realizacji zajęć na wnioskowanym kierunku studiów**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tytuł lub stopień naukowy albo tytuł zawodowy** | **Razem osób** | **Liczba nauczycieli akademickich, dla których Uczelnia stanowi** | **Liczba innych osób prowadzących zajęcia ze studentami** |
| **podstawowe miejsce pracy** | **dodatkowe miejsce pracy** |
| **Ogółem** | **w pełnym wymiarze czasu pracy** | **w niepełnym wymiarze czasu pracy** | **Ogółem** | **w pełnym wymiarze czasu pracy** | **w niepełnym wymiarze czasu pracy** |
| **Profesor** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Doktor habilitowany** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Doktor** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pozostali** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Imienny wykaz osób proponowanych do realizacji zajęć na wnioskowanym kierunku studiów:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Tytuł, stopień, tytuł zawodowy | Imię i nazwisko prowadzącego zajęcia | Dziedzina /dziedziny nauki | Dyscyplina /dyscypliny nauki | PESEL, a w przypadku braku nr PESEL – seria i nr dokumentu tożsamości | Przewidywany wymiar czasu pracy | Termin podjęcia zatrudnienia | Nazwa i rodzaj prowadzonego kursu | Wymiar prowadzonych zajęć dydaktycznych kształtujących umiejętności dydaktyczne (profil praktyczny) lub zajęć zw. Z prowadzoną w Uczelni działalnością naukową (profil ogólnoakad.) | Forma zatrudnienia\* | Czy podstawowe miejsce pracy (TAK/NIE) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………………….

Podpis i pieczątka imienna dziekana

\*mianowanie albo umową o pracę

**WYKAZ NAUCZYCIELI AKADEMICKICH ORAZ INNYCH OSÓB PROPONOWANYCH DO PROWADZENIA ZAJĘĆ**

**NA WNIOSKOWANYM KIERUNKU STUDIÓW**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tytuł/stopień, imiona i nazwisko | PESEL | Informacja o zatrudnieniu | Nazwa planowanych zajęć | Wymiar planowanych zajęć | Informacja o kompetencjach |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

……………………………………………

 Imię/imiona i nazwisko

…………………………………………..

Tytuł zawodowy, stopień/tytuł naukowy

……………………………………………

 PESEL

**DEKLARACJA NAUCZYCIELA AKADEMCIKIEGO**

Deklaruję, że od …………………………… jestem zatrudniony/podejmę zatrudnienie\* w Politechnice Wrocławskiej w pełnym/niepełnym\* czasie pracy, a Uczelnia jest/będzie\* moim podstawowym/dodatkowym miejscem pracy.

Wyrażam zgodę na realizację zajęć na kierunku ……………………………… na studiach pierwszego stopnia/drugiego stopnia\*, o utworzenie których ubiega się Wydział ………………………..:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa kursu | Semestr | Dziedzina nauki | Dyscyplina naukowa | Liczba godzin zajęć dydaktycznych przewidzianych do realizacji na kierunku studiów |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 ………………………………………………

 Podpis osoby składającej deklaracją

…………………………………………………

 Data

\*niepotrzebne skreślić

……………………………………………

 Imię/imiona i nazwisko

…………………………………………..

Tytuł zawodowy, stopień/tytuł naukowy

……………………………………………

 PESEL

**DEKLARACJA OSOBY PROWADZĄCEJ ZAJĘCIA ZE STUDENTAMI**

Deklaruję, że od …………………………… rozpocznę prowadzenie zajęć w Politechnice Wrocławskiej.

Wyrażam zgodę na realizację zajęć na kierunku ……………………………… na studiach pierwszego stopnia/drugiego stopnia\*, o utworzenie których ubiega się Wydział ………………………..:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa kursu | Semestr | Liczba godzin zajęć dydaktycznych przewidzianych do realizacji na kierunku studiów |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 ………………………………………………

 Podpis osoby składającej deklaracją

……………………………………………….

 Data

\*niepotrzebne skreślić