**Indywidualne Granty Edukacyjne PLTR – formularz zgłoszeniowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA** | |  | | |
| **Lp.** | **Pozycja** | **WYPEŁNIA KANDYDAT** | | **Pkt. (wypełnia komisja)** |
| 1 | **Nazwa i rodzaj ośrodka** |  | |  |
| 2 | **Adres ośrodka** |  | |  |
| 3 | **Dyżury nocne w szpitalu** | Tak | Nie |  |
| 4 | **Udokumentowana aktywność dydaktyczna w oddziale / ogólnopolska** | Tak (podać szczegóły) | Nie |  |
| 5 | **Kierownictwo specjalizacji** | Tak (liczba rezydentów) | Nie |  |
| 6 | **Inne osiągnięcia - udokumentowane (np. organizacyjne)** | Tak (podać szczegóły) | Nie |  |
| 7 | **Udział w poprzednich edycjach grantów PLTR** | Tak (podać rok przyznania grantu) | Nie |  |
| 8 | **Nazwa i lokalizacja kursu, zjazdu, kongresu** |  | |  |
| 9 | **Termin kursu, zjazdu, kongresu** |  | |  |
| 10 | **Koszt kursu, zjazdu, kongresu (w Euro)** |  | |  |
| 11 | **Wnioskowana kwota finansowania (w PLN), odpowiadająca cenie kursu** |  | |  |
| 12 | **Krótki list motywacyjny**  **(do 10 zdań)** |  | |  |
| **SUMA PUNKTÓW (wypełnia Komisja PLTR)** | | | |  |