*Załącznik Nr 2*

*do Zasad rejestracji i działalności studenckich kół naukowych w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie*

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu** **do Biura ds. Studenckich** |  |

**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOŁA NAUKOWEGO
W ROKU AKADEMICKIM ……**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa koła naukowego** |  |
| **Wydział/Szkoła/Filia** |  |
| **Imię, nazwisko, stopień / tytuł naukowy opiekuna koła naukowego *(****oraz dane kontaktowe)* |  |
| **Imię i nazwisko przewodniczącej/go koła naukowego** *(ew. nr telefonu)* |  |
| **Liczba członków koła naukowego***(lista w załączniku)* |  |

**Lista referatów wygłoszonych na konferencjach/sympozjach/kongresach/seminariach**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tytuł referatu** | **Nazwa konferencji/ sympozjum/ kongresu/ seminarium** | **Data** | **Autor /Autorzy** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Lista opublikowanych prac**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tytuł pracy** | **Autor /Autorzy** | **Data publikacji** | **ISSN/ISBN** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Lista zrealizowanych inicjatyw/wydarzeń**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa inicjatywy/wydarzenia** | **Organizator** | **Data** | **Miejsce** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Inna działalność/osiągnięcia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa**  | **Data** | **Miejsce** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Otrzymane dofinansowanie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Kwota** | **Cel** | **Data otrzymania** |
| **Środki uzyskane na szczeblu centralnym Uczelni** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Środki uzyskane na szczeblu Wydziału/Szkoły/Filii** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Środki zewnętrze** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Podpisy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełnomocnik Dziekana/Dyrektora ds. Kół Naukowych** | **Opiekun Koła** | **Przewodnicząca/y Koła** |
|  |  |  |

**Opinia dziekana wydziału/Dyrektora Szkoły Zdrowia Publicznego/Dyrektora Filii w Ełku**

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

……………………………………

(podpis)

**Opinia pełnomocnika rektora właściwego ds. kół naukowych**

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

……………………………………

(podpis)

**ZATWIERDZENIE SPRAWOZDANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 | **Zatwierdzam sprawozdanie** |
| 🞏 | **Odmawiam zatwierdzenia sprawozdania** |
| 🞏 | **Kieruję sprawozdanie do uzupełnienia w terminie 14 dni, tj do dnia ……………………………**Konieczne uzupełnienie w zakresie …………………………………………………….…….……….…………………………………………………………………………………………………………. |
| **Olsztyn,** …………..…………. | **Prorektor właściwy ds. studenckich**……………………………………(podpis) |

**LISTA CZŁONKÓW STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO**

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

(pełna nazwa koła)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp**. | **Imię i nazwisko** | **Numer albumu** | **Kierunek studiów** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |