

Wrocław,.....

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SKN [Nazwa SKN]
W ROKU AKADEMICKIM

.....
 [Imię, Nazwisko, Tytuł / Stopień Naukowy Opiekuna]

1. Krótka charakterystyka SKN (obszary zainteresowań naukowych, stan osobowy):

.....

Imię i nazwisko studenta/doktoranta	Kierunek studiów	Stopień studiów	Rok studiów
1.			
2.			

łącznie członków koła naukowego:

2. Realizowane projekty badawcze z udziałem studentów, doktorantów (chronologicznie)

Okres realizacji	Temat projektu	Nazwa zadania (jeśli dotyczy)	Jednostka finansująca (jeśli dotyczy)	Numer projektu (jeśli dotyczy)	Imię i nazwisko studenta/doktoranta
					1.
					2.

3. Osiągnięcia naukowe studentów, doktorantów

a) Publikacje/rozdziały w monografiach (alfabetycznie, według wzorów dla pracy oryginalnej i publikacji zwartej, z podkreśleniem nazwiska studenta, doktoranta). Opis z Ośrodka Informacji Naukowej

1.

b) Udział czynny w konferencjach (Wieczór Naukowca, konferencje w AWF, inne), sympozjach, seminariach o charakterze naukowym (chronologicznie)

Nazwisko prelegenta/ów (z podkreśleniem studenta/doktoranta)	Nazwa konferencji, sympozjum, seminarium	Temat wystąpienia	Miejscowość, data

c) Udział bierny w konferencjach, sympojach, seminariach, debatach, warsztatach o charakterze naukowym

Nazwisko, Imię Studenta/Doktoranta	Nazwa wydarzenia naukowego	Miejscowość, data

d) Granty i otrzymane dofinansowania ze źródeł wewnętrznych i zewnętrznych (Program FAST, Studenckie Koła Naukowe tworzą innowacje), wyróżnienia i nagrody podczas konferencji i konkursów naukowych, działalność na rzecz popularyzacji nauki, prowadzone warsztaty, seminaria, webinary, podcasty

1.

e) Działalność organizacyjna (Zarząd STN, „Wieczór Naukowca”, Dolnośląski Festiwal Nauki, inne)

1.

4. Inne istotne informacje dotyczące działalności SKN (zmiana nazwy, zmiana jednostki organizacyjnej – Katedry/Zakładu)

.....
.....
.....

Oświadczam, że zawarte w sprawozdaniu informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że posiadam odpowiednie dokumenty potwierdzające działalność naukową mojego SKN.

.....
[Podpis Opiekuna SKN]

Data złożenia wniosku:

[wypełnia Pełnomocnik Rektora ds. STN]

Zatwierdzam

[podpis Pełnomocnika Rektora ds. STN]