Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 1 Dyrektora Szkoły Doktorskiej Nauk Humanistycznych, Teologicznych i Artystycznych z dnia 15 września 2025 r.

***EWALUACJA OPIEKI PROMOTORSKIEJ***

*Kwestionariusz samooceny promotora*

|  |
| --- |
| **ROK AKADEMICKI** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PROMOTORA LUB PROMOTORA POMOCNICZEGO** którego dotyczy ankieta: | |
| STOPIEŃ/ TYTUŁ NAUKOWY IMIĘ I NAZWISKO |  |
| **DANE DOKTORANTA** | |
| IMIĘ I NAZWISKO, ROK |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **OCENA MERYTORYCZNEGO I METODYCZNEGO WSPARCIA DOKTORANTA W ZAKRESIE:** | | |
| DBAŁOŚĆ O AKTYWNOŚĆ NAUKOWĄ, W TYM UDZIELANIE NIEZBĘDNEJ POMOCY MERYTORYCZNEJ W PRZYGOTOWYWANIU PUBLIKACJI | | |
| TAK | NIE | |
| Jeżeli TAK, prosimy o wymienienie publikacji | | |
| DBAŁOŚĆ O AKTYWNOŚĆ NAUKOWĄ, W TYM UDZIELANIE NIEZBĘDNEJ POMOCY MERYTORYCZNEJ W PRZYGOTOWYWANIU WNIOSKÓW GRANTOWYCH | | |
| TAK | NIE | |
| Jeżeli TAK, prosimy o wymienienie wniosków grantowych | | |
| DBAŁOŚĆ O AKTYWNOŚĆ NAUKOWĄ, W TYM UDZIELANIE NIEZBĘDNEJ POMOCY MERYTORYCZNEJ W PRZYGOTOWYWANIU WYSTĄPIEŃ KONFERENCYJNYCH | | |
| TAK | NIE | |
| Jeżeli TAK, prosimy o wymienienie konferencji | | |
| WSPÓŁUCZESTNICZENIE W OPRACOWANIU INDYWIDUALNEGO PLANU BADAWCZEGO | | |
| TAK | NIE | |
| OKRESOWE OPINIOWANIE POSTĘPÓW W PRACY NAUKOWEJ, W SZCZEGÓLNOŚCI W ZAKRESIE REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PLANU BADAWCZEGO W FORMIE OPINII DO SPRAWOZDANIA ROCZNEGO | | |
| TAK | NIE | |
| OPINIOWANIE PODAŃ, POMOC W PRZYGOTOWANIU WNIOSKÓW (NP. WNIOSKÓW O WYJAZD) W TOKU KSZTAŁCENIA | | |
| TAK | NIE | |
| 1. **OCENA ORGANIZACYJNEGO WSPARCIA DOKTORANTA W ZAKRESIE:** | | |
| POMOC W REALIZACJI STAŻY NAUKOWYCH | | |
| TAK | NIE | |
| Jeżeli TAK, prosimy o wymienienie staży naukowych | | |
| ZAPOZNANIE DOKTORANTA Z MOŻLIWOŚCIAMI OFEROWANYMI PRZEZ UNIWERSYTET W ZAKRESIE REALIZACJI BADAŃ ORAZ POZYSKIWANIA DODATKOWYCH ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA AKTYWNOŚCI NAUKOWE DOKTORANTÓW | | |
| TAK | NIE | |
| ZAPOZNANIE DOKTORANTA Z MOŻLIWOŚCIAMI OFEROWANYMI PRZEZ INSTYTUCJE ZEWNĘTRZNE W ZAKRESIE FINANSOWANIA BADAŃ NAUKOWYCH | | |
| TAK | NIE | |
| ODBYWANIE REGULARNYCH SPOTKAŃ Z DOKTORANTEM | | |
| TAK | | NIE |
| Jeżeli TAK, prosimy o podanie, jak często (raz w miesiącu, dwa razy w semestrze, itp.) | |
| 1. **WSPÓŁPRACA Z DYREKTOREM SZKOŁY DOKTORSKIEJ W CELU MONITOROWANIA POSTĘPÓW DOKTORANTA, W TYM OPRACOWANIE SYLABUSU W SYSTEMIE USOS** | | |
| TAK | | NIE |

……………………………………………………………

***Czytelny podpis Promotora*** *wypełniającego ankietę*