



„Innowacyjne kształcenie podyplomowe na rzecz rozwoju sektora biomedycznego w Polsce”  
ABM/2023/6. Numer umowy: 2023/ABM/06/00001-00

## Curriculum vitae

Imię i nazwisko kandydata .....

E-mail: .....

Telefon: .....

---

### KRYTERIA FORMALNE - OBOWIĄZKOWE

---

I. Oświadczam, że spełniam wszystkie poniższe warunki:

**a) Jestem zatrudniony w sektorze biomedycznym<sup>1</sup>**

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK
------------------------------	---

**Kryterium nie podlega możliwości uzupełnienia.**

Nazwa instytucji .....

Adres .....

Osoba do kontaktu – telefon i e-mail<sup>2</sup> .....

Doświadczenie zawodowe w sektorze biomedycznym:

od

--	--	--

dzień/miesiąc/rok

do

--	--	--

dzień/miesiąc/rok

**b) Jestem absolwentem studiów<sup>3</sup>:**

**I stopnia**

**II stopnia**

**jednolitych studiów magisterskich**

---

<sup>1</sup> Patrz Regulamin Rekrutacji i przyjęcia na studia - pkt. 1.a. (grupa docelowa) dostępny na stronie internetowej kierunku.

<sup>2</sup> Osoba do kontaktu, która może potwierdzić zatrudnienie w danej firmie/instytucji.

<sup>3</sup> Zaznacz właściwe.





„Innowacyjne kształcenie podyplomowe na rzecz rozwoju sektora biomedycznego w Polsce”  
ABM/2023/6. Numer umowy: 2023/ABM/06/00001-00

Uczelnia: .....

Kierunek: .....

Specjalność: .....

**c) Jestem osobą, która dobrowolnie deklaruje chęć uczestnictwa w Studiach podyplomowych<sup>4</sup>**

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK
------------------------------	---

**Kryterium nie podlega możliwości uzupełnienia.**

**d) Jestem osobą, której doświadczenie zawodowe wynosi ..... (podaj w latach)<sup>5</sup>**

**Kryterium nie podlega możliwości uzupełnienia.**

**e) Posiadam min. dwuletnie doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowniczym:**

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK
------------------------------	---

**Kryterium nie podlega możliwości uzupełnienia.**

Nazwa stanowiska: .....

Nazwa instytucji .....

Adres .....

Osoba do kontaktu – telefon i e-mail<sup>6</sup> .....

Okres zatrudnienia na danym stanowisku: od.....do.....

**f) Posiadam znajomość języka angielskiego w stopniu komunikatywnym – B2:**

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
------------------------------	------------------------------

**Kryterium oceniane podczas rozmowy rekrutacyjnej.**

<sup>4</sup> Jest to osoba, która nie może być delegowana przez pracodawcę do uczestnictwa w Studiach.

<sup>5</sup> Doświadczenie zawodowe musi wynosić minimum 1 rok. Jest liczone od momentu ukończenia studiów i podjęcia pracy zawodowej.

<sup>6</sup> Osoba do kontaktu, która może potwierdzić zatrudnienie w danej firmie/instytucji.





„Innowacyjne kształcenie podyplomowe na rzecz rozwoju sektora biomedycznego w Polsce”  
ABM/2023/6. Numer umowy: 2023/ABM/06/00001-00

.....

**data i podpis kandydata**



Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

