



|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| Uzupełnia pracownik Biura Projektu       |  |
| Data i godzina wpływu:                   |  |
| Nr formularza<br>wg kolejności zgłoszeń: |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**do udziału w projekcie pn.: „Doskonałość Dydaktyczna Uczelni”**

**I. DANE KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU**

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię/Imiona \_\_\_\_\_

Osoba z niepełnosprawnościami : TAK\* ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI ☐

\*Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją:

.....

**II. DANE KONTAKTOWE**

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**III. STATUS NA UMB**

1. Jestem nauczycielem akademickim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zatrudnionym na stanowisku w grupie pracowników dydaktycznych lub badawczo-dydaktycznych: **TAK** ☐ **NIE** ☐
2. Jestem zatrudniona/y na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony lub umowy o pracę na czas określony lub aktu mianowania, przy czym okres zatrudnienia na UMB jest nie krótszy niż okres otrzymywania wsparcia w projekcie, tj. do dnia 30.04.2023: **TAK** ☐ **NIE** ☐

**3. MIEJSCE ZATRUDNIENIA:**

Wydział/Jednostka organizacyjna UMB:

\_\_\_\_\_ (pełna nazwa)

Zakład (jeśli dotyczy):

\_\_\_\_\_ (pełna nazwa)

#### IV. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU W PROJEKCIE

w szkoleniu: **Metodyka e-learningu, ewaluacja wiedzy**

**Zgoda kierownika/przełożonego:**

Data \_\_\_\_\_ Podpis kierownika/przełożonego: \_\_\_\_\_

#### V. OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udziału w projekcie zawartymi w Regulaminie projektu „Dokształć dydaktyczna uczelni” oraz zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim.

2. Akceptuję warunki Regulaminu i zobowiązuję się uczestniczyć w zajęciach realizowanych w ramach projektu „Dokształć dydaktyczna uczelni”.

3. Przyjmuję do wiadomości, że:

1) administratorem moich danych osobowych podanych w formularzu zgłoszeniowym jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku z siedzibą ul. Jana Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, reprezentowany przez Rektora,

2) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, adres email: [iod@umb.edu.pl](mailto:iod@umb.edu.pl),

3) Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji do projektu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r (RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWER),

4) Moje dane osobowe mogą być przekazywane Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach projektu oraz podmiotom na podstawie przepisów prawa,

5) Moje dane osobowe przechowywane będą do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja i Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji,

6) Posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania; w celu skorzystania z praw można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych,

7) Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzasadnione jest, że moje dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z RODO,

8) Podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

Białystok, dnia \_\_\_\_\_ Czytelny podpis kandydata \_\_\_\_\_