Załącznik nr 1

|  |  |
| --- | --- |
| *Wypełnia Specjalista ds. rekrutacji* | |
| *Data wpływu:* |  |
| *Nr wniosku:* |  |

**Formularz rekrutacyjny**

**wyjazd na STAŻ ZAGRANICZNY/KRAJOWY\***

w ramach projektu pn.:

„Wzmocnienie praktycznych kompetencji studentów kierunku lekarskiego

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku”

|  |  |
| --- | --- |
| **MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU** | |
| **Staż krajowy:** | **tak**  **nie** |
| **Staż zagraniczny:** | **tak**  **nie** |
| **Preferowane miejsce odbywania stażu (w przypadku zaznaczenia 2x ‘tak’ powyżej):** | **staż krajowy**  **staż zagraniczny** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **DANE TELEADRESOWE** | | |
| **Imię:** |  | |
| **Nazwisko:** |  | |
| **Data i miejsce urodzenia:** |  | |
| **Miejsce zamieszkania**  (art. 25 Kodeksu cywilnego:  „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której ta osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu”) | Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Kod pocztowy i miejscowość: | |
| Województwo: | |
| **Telefon kontaktowy:** |  | |
| **E- mail:** |  | |
| **Stopień i zakres niepełnosprawności  (jeśli dotyczy):** |  | |
| **DANE DOTYCZĄCE STUDIÓW** | | |
| **Obecny rok studiów:** |  | |
| **Tryb studiów:** | **stacjonarne**  **niestacjonarne** | |
| **Nr albumu:** |  | |
| 1. **KRYTERIA REKRUTACJI** | | |
| **Średnia ocen uzyskana z całości studiów** (na podstawie zaświadczenia z Dziekanatu) | |  |
| **Znajomość języka angielskiego** dotyczy staży zagranicznych | | Poziom: początkujący (A1-B1)  średniozaawansowany (B2)  zaawansowany (C1/C2)  \*do odbycia stażu zagranicznego niezbędna jest znajomość j. ang. na poziomie min. B2) |
| **Działalność w Studenckich Kołach Naukowych /Organizacjach Naukowych** (na podstawie zaświadczenia/opinii Opiekuna koła naukowego) | | Zrzut ekranu 2016-11-04 10 |
| **Publikacja/e w czasopismach naukowych**  (dołączyć potwierdzenie z biblioteki) | | **Zrzut ekranu 2016-11-04 10** |
| **Aktywny udział w konferencjach (wystąpienia, plakaty)**  (dołączyć potwierdzenie z biblioteki) | | Zrzut ekranu 2016-11-04 10 |
| **Nagrody Ministra Zdrowia / Rektora otrzymane w trakcie studiów** (dołączyć ksero dokumentów – oryginały do wglądu) | | Zrzut ekranu 2016-11-04 10 |
| **Praca na rzecz organizacji studenckich, akademicka działalność sportowa i artystyczna** (potwierdzona zaświadczeniem wystawionym przez kierowników organizacji) | | Zrzut ekranu 2016-11-04 10 |
| **Udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej** (dołączyć ksero dokumentów: zaświadczenie, certyfikat, inny dokument – oryginały do wglądu) | | Zrzut ekranu 2016-11-04 10 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE INSTYTUCJI PRZYJMUJĄCEJ** (propozycja studenta) | |
| **Dokładny termin trwania praktyki** | Od \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_ do \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_ |
| **Nazwa i adres Instytucji przyjmującej znalezionej przez studenta we własnym zakresie** | **I wyboru:**  **II wyboru:** |

1. Oświadczam, że:

posiadam status osoby niezatrudnionej

posiadam status osoby zatrudnionej.

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulamin odbywania staży studenckich w ramach projektu pn.: „Wzmocnienie praktycznych kompetencji studentów kierunku lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku” i zobowiązuję się do przestrzegania jego zasad.
2. Oświadczam, że nie będę ubiegał(a) się o zaliczenie niniejszej praktyki jako obowiązkowej, będącej częścią toku studiów.
3. Przyjmuję do wiadomości, że 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.
4. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, adres email: iod@umb.edu.pl.
5. Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., - zgoda na przetwarzanie danych.
6. Moje dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach projektu na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz podmiotom na podstawie przepisów prawa.
7. Moje dane osobowe przechowywane będą do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja i Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. Posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie.
9. Posiadam prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu, gdy uzasadnione jest, że zachodzą okoliczności wskazane w art. 17, 18 i 21 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
10. Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że moje dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie   
    z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
11. Podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

……………….…….. …..……………..…………………………

Data Czytelny podpis kandydata

**Załączniki:**

1. Zaświadczenie z Dziekanatu o średniej ocen uzyskanej z całości studiów.
2. Zaświadczenie/opinia opiekuna koła naukowego.
3. Zaświadczenie o działalności w organizacjach studenckich potwierdzone przez kierownika organizacji studenckiej (m.in. działalność sportowa i artystyczna).
4. Potwierdzenie publikacji artykułu/ów w czasopismach naukowych (potwierdzenie   
   z biblioteki).
5. Potwierdzenie (certyfikaty potwierdzające udział) aktywnego udziału w konferencjach (wystąpienia, postery, publikacje w materiałach zjazdowych).
6. Ksero dokumentów potwierdzające otrzymanie w toku dotychczasowych studiów Nagrody Ministra Zdrowia lub Rektora Uczelni.
7. Zaświadczenie, certyfikat, inny dokument potwierdzający udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.