



Wypełnia Specjalista ds. rekrutacji i promocji	
Data wpływu:	
Nr wniosku:	

**WYDZIAŁ LEKARSKI Z ODDZIAŁEM STOMATOLOGII
I ODDZIAŁEM NAUCZANIA W JĘZYKU ANGIELSKIM**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pn.:

„Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

I. DANE TELEADRESOWE	
Imię/Imiona :	
Nazwisko:	
Adres e-mail:	
Telefon kontaktowy:	
Numer albumu:	

II. DANE DOTYCZĄCE STUDIÓW	
Kierunek:	Lekarski
Tryb studiów:	<input type="checkbox"/> Stacjonarne <input type="checkbox"/> Niestacjonarne
Rok studiów:	V
Osoba z niepełnosprawnościami:	W przypadku osób z niepełnosprawnościami: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Stopień i zakres niepełnosprawności: Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją



III. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU :

Zajęcia warsztatowe umożliwiające rozwój kompetencja zawodowych (dot. studentów V roku kierunku Lekarski)

Warsztaty USG z zakresu jamy brzusznej

IV. KRYTERIA REKRUTACJI

Średnia ocen uzyskana z ostatniego roku studiów (na podstawie zaświadczenia z Dziekanatu)	
Działalność w Studenckich Kołach Naukowych (na podstawie zaświadczenia/opinii Opiekuna koła naukowego)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Publikacja/e w czasopismach naukowych (dołączyć potwierdzenie z biblioteki)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Aktywny udział w konferencjach (wystąpienia, plakaty, publikacje w materiałach zjazdowych) (dołączyć potwierdzenie z biblioteki)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Nagrody Ministra Zdrowia / Rektora otrzymane w trakcie studiów (dołączyć ksero dokumentu – oryginały do wglądu)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Praca na rzecz organizacji studenckich, akademicka działalność sportowa i artystyczna (potwierdzona zaświadczeniem wystawionym przez kierowników organizacji)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Zakończony udział w projekcie/ścieżce wsparcia w projekcie współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej (dołączyć ksero dokumentów: zaświadczenie, certyfikat, inny dokument – oryginały do wglądu)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb rekrutacji zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
Czytelny podpis kandydata

2. Zgłaszam chęć udziału w projekcie „Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.”

3. Zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuje się do jego przestrzegania.

4. 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,
- 3) Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji na podstawie:

Projekt pn. „Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



- art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., - przetwarzanie danych jest niezbędne do podjęcia działań przed zawarciem umowy,

art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., - zgoda na przetwarzanie danych,

- 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 przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie,
- 7) Posiadam prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania, 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.,
- 8) 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 ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.,
- 9) Podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

.....

Data

.....

Czytelny podpis kandydata

Do formularza zgłoszeniowego załączam:

- Zaświadczenie z Dziekanatu potwierdzające średnią ocen z ostatniego roku studiów.
- Zaświadczenia o przynależności do kół naukowych.
- Potwierdzenie z biblioteki o publikacji w czasopismach naukowych.
- Kserokopie dokumentów potwierdzających aktywny udział w konferencjach.
- Kserokopie potwierdzające uzyskanie Nagrody Ministra Zdrowia / Rektora.
- Zaświadczenia o pracy na rzecz organizacji studenckich, działalności sportowej, działalności artystycznej.
- Zaświadczenie, certyfikat, inny dokument potwierdzający udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.