**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w mentoringu praktycznego nauczania w ramach projektu**

**pn. „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem Centrum Symulacji Medycznej”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona):** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres e-mail:**  |  |
| **Wydział:** | **Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim** |
| **Kierunek:** | **lekarski** |
| **Tryb studiów:** | * Stacjonarne
* Niestacjonarne
 |
| **Rok studiów:** | **VI** |
| **Znajomość języków obcych:**(proszę wskazać język i określić posiadany poziom) |  |
| **Średnia ocen uzyskanych za dotychczasowy okres studiów:**(na podstawie zaświadczenia z Dziekanatu) |  |
| **Koła naukowe do których Pan/Pani należy:** |  |
| **Udział w konferencjach:** |  |
| **Prace opublikowane w czasopismach naukowych.** *Proszę podać tytuł pracy, rok wydania, nazwę czasopisma naukowego* |  |
| **Do formularza zgłoszeniowego załączam dokumenty poświadczające:****-** zaświadczenie z Dziekanatu w zakresie uzyskanej średniej za dotychczasowy okres studiów. - zaświadczenia o przynależności do kół naukowych*(jeśli dotyczy).*- kserokopie dokumentów potwierdzających udział w konferencjach *(jeśli dotyczy).*- kserokopie dokumentów potwierdzających opublikowane prace w czasopismach naukowych *(jeśli dotyczy).* |

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*

1. Zgłaszam chęć udziału w projekcie „*Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
z wykorzystaniem Centrum Symulacji Medycznej*”
2. Przyjmuję do wiadomości, że:
3. 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 Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach projektu oraz podmiotom na podstawie przepisów prawa,
7. Moje dane osobowe przechowywane będą do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego 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.

4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Procedurą korzystania przez Studentów UMB z Mentoringu Praktycznego Nauczania w ramach projektu pn. „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem Centrum Symulacji Medycznej” i zobowiązuję się do przestrzegania jego zasad.

5. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

…..……………..……… …..……………..……………………………

 *Data Czytelny podpis kandydata*