|  |
| --- |
| **Szkolenie w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych w ramach projektu „*Poprawa stanu zdrowia populacji pracującej województwa podlaskiego*”** |
| **1. Założenia merytoryczne i organizacyjne** **projektu „*Poprawa stanu zdrowia populacji pracującej województwa podlaskiego*” –** dr n. med. Angelika Charkiewicz, adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku | **12:00-12:15** |
| **2. Sytuacja epidemiologiczna chorób cywilizacyjnych w województwie podlaskim. -** dr n. o zdr. Paweł Sowa, asystent w Zakładzie Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku | **12:15-12:45** |
| **3. Główne problemy zdrowotne populacji pracującej województwa podlaskiego.** - dr n. o zdr. Paweł Sowa, asystent w Zakładzie Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku | **12:45-13:15** |
| **Przerwa kawowa** | **13:15-13:30** |
| **4. Rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych w populacji województwa podlaskiego. -** dr n. o zdr. Paweł Sowa, asystent w Zakładzie Medycyny Populacyjnej i Prewencji Chorób Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku  | **13:30-14:00** |
| **5. Znaczenie wczesnej identyfikacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych.** - dr n. med. Angelika Charkiewicz, adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku | **14:00-14:30** |
| **6. Nowoczesne badania przesiewowe w kierunku chorób cywilizacyjnych.** - dr n. med. Angelika Charkiewicz, adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku | **14:30-15:00** |
| **7. Praktyczne wykorzystanie narzędzi do wczesnej identyfikacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych**. - dr n. med. Angelika Charkiewicz, adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku | **15:00-16:00** |
| **8. Zakończenie szkolenia.** | **16:00** |

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

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO UDZIAŁU W SZKOLENIU INFORMACYJNO–EDUKACYJNYM W RAMACH PROJEKTU PN.:**

**„Poprawa stanu zdrowia populacji pracującej województwa podlaskiego”**

|  |
| --- |
| **I. DANE TELEADRESOWE** |
| **Imię/Imiona :** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Miejsce pracy (nazwa, adres):** |  |
| **E-mail :** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami:****⃝** TAK**⃝** NIE | **W przypadku osób z niepełnosprawnościami:** |
| Stopień i zakres niepełnosprawności:……………………………………………………………………………………..……………………….Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją……………………........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| **II. Kryteria rekrutacji** |
| Oświadczam, że spełniam jedno z poniższych kryteriów (proszę zaznaczyć jedno kryterium wiodące). Jestem: |
| **⃝** | LEKARZEM PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ |
| **⃝** | LEKARZEM MEDYCYNY PRACY |
| **⃝** | PIELĘGNIARKĄ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ |
| **⃝** | PRACODAWCĄ I/LUB OSOBĄ ZARZĄDZAJĄCĄ I/LUB KIEROWNIKIEM |
| **⃝** | PRACOWNIKIEM PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ |
| **⃝** | PRACOWNIKIEM PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI PRACY |
| **⃝** | PRACOWNIKIEM BHP |

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 *„Poprawa stanu zdrowia populacji pracującej województwa podlaskiego.”*
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.

…..……………..……… …..……………..……………………………

 *Data Czytelny podpis kandydata*