



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
 BIURO KARIER
 15-089 Białystok, ul. Jana Kilińskiego 1
 e-mail:bk@umb.edu.pl, tel./fax.:(85)748 58 09

Szanowni Państwo,

Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 27 lipca 2005 r. z późn. zm. umożliwia Uczelni monitorowanie kariery zawodowej swoich absolwentów w celu dostosowania programu kształcenia do potrzeb rynku pracy.

W związku z powyższym zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej deklaracji o raz wyrażenie zgody na udział w badaniach.

Badania będą miały charakter anonimowy, a wszystkie informacje uzyskane od Państwa zostaną wykorzystane do celów statystycznych.

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Imię																				
Nazwisko																				
Adres do korespondencji (adres e-mail)																				
Data ukończenia studiów	Miesiąc:										Rok:									
Rodzaj studiów (zaznaczyć właściwe znakiem x)	☐ studia pierwszego stopnia (licencjackie) ☐ studia drugiego stopnia (magisterskie) ☐ jednolite studia magisterskie																			
Tryb studiów (zaznaczyć właściwe znakiem x)	☐ stacjonarne ☐ niestacjonarne																			
Wydział	Kierunek (zaznaczyć właściwe znakiem x)																			
Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim	☐ Lekarski ☐ Lekarsko – Dentystyczny ☐ Techniki Dentystyczne																			
Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej	☐ Analityka Medyczna ☐ Farmacja ☐ Kosmetologia																			
Wydział Nauk o Zdrowiu	☐ Dietetyka ☐ Elektroradiologia ☐ Fizjoterapia ☐ Logopedia z Fonoaudiologią										☐ Pielęgniarstwo ☐ Położnictwo ☐ Ratownictwo Medyczne ☐ Zdrowie Publiczne									

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. przyjmuję do wiadomości, że :

1. administratorem moich danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku z siedzibą: ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok,
2. Inspektorem Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku jest Emilia Minas, adres email: emilia.minasz@umb.edu.pl,
3. moje dane osobowe przetwarzane będą w celu monitorowania losów zawodowych absolwentów na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
4. moje dane osobowe nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa,
5. moje dane osobowe przechowywane będą wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji procesu monitorowania losów zawodowych absolwentów,
6. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, (art. 6 ust 1a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.)
7. posiadam prawo wniesienia skargi do 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 2016 r.,
8. podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji celu i wynika z art. 13b ust. 13 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 27 lipca 2005 r. z późn. zm.

zaznaczyć właściwe znakiem x

- ☐ **Wyrażam zgodę** na udział w badaniach losów zawodowych absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, które będą prowadzone drogą e-mailową bezpośrednio po ukończeniu studiów, po roku i 3 latach od daty ukończenia studiów
- ☐ **Nie wyrażam zgody** na udział w badaniach losów zawodowych absolwentów

.....
Data i podpis