



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zgłaszam chęć udziału w Zadaniu 6 „Wsparcie świadczenia wysokiej jakości usług przez Akademickie Biuro Karier”

Imię (imiona):																
Nazwisko:																
Telefon kontaktowy:																
Adres e-mail:																
Wydział i kierunek:	Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim <input type="checkbox"/> Lekarski <input type="checkbox"/> Lekarsko – Dentystyczny <input type="checkbox"/> Techniki Dentystyczne				Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej <input type="checkbox"/> Analityka Medyczna <input type="checkbox"/> Farmacja <input type="checkbox"/> Kosmetologia				Nauk o Zdrowiu <input type="checkbox"/> Dietetyka <input type="checkbox"/> Elektroradiologia <input type="checkbox"/> Fizjoterapia <input type="checkbox"/> Logopedia z Fonoaudiologią <input type="checkbox"/> Pielęgniarstwo <input type="checkbox"/> Położnictwo <input type="checkbox"/> Ratownictwo Medyczne <input type="checkbox"/> Zdrowie Publiczne							
Rok i rodzaj studiów:	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI		<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia (licencjackie) <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia (magisterskie) <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie													
Tryb studiów:	<input type="checkbox"/> stacjonarne								<input type="checkbox"/> niestacjonarne							
Status na rynku pracy:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy				<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy				<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo (student)				<input type="checkbox"/> osoba pracująca			
Osoba z niepełnosprawnościami: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	W przypadku osób z niepełnosprawnościami:															
	Stopień i zakres niepełnosprawności: Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją															



Dyspozycyjność (Prosimy o określenie swojej dyspozycyjności)	Poniedziałek w godzinach:
Wtorek w godzinach:	Środa w godzinach:
Czwartek w godzinach:	Piątek w godzinach:

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 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, 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.,
 - 8) 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.,
 - 9) Podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

Białystok, dn.

.....

Czytelny podpis kandydata