**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*** Lekarski
* Lekarsko – Dentystyczny
* Techniki Dentystyczne
 | **Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej** * Analityka Medyczna
* Farmacja
* Kosmetologia
 | **Nauk o Zdrowiu*** Dietetyka
* Elektroradiologia
* Fizjoterapia
* Logopedia z Fonoaudiologią
* Pielęgniarstwo
* Położnictwo
* Ratownictwo Medyczne
* Zdrowie Publiczne
 |
| **Rok i rodzaj studiów:** | * I
* II
* III
* IV
* V
* VI
 | * studia pierwszego stopnia (licencjackie)
* studia drugiego stopnia (magisterskie)
* jednolite studia magisterskie
 |
| **Tryb studiów:** | * stacjonarne
 | * niestacjonarne
 |
| **Status na rynku pracy:** | * osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 | * osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 | * osoba bierna zawodowo

(student) | * osoba pracująca
 |
| **Osoba z niepełnosprawnościami:*** TAK
* 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

1. Zgłaszam chęć udziału w projekcie *„Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na Uniwersytecie Medycznym* w Białymstoku*.”*
2. Zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
3. Przyjmuję do wiadomości, że:
4. 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,
5. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, adres email: iod@umb.edu.pl ,
6. 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,
7. 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,
8. Moje dane osobowe przechowywane będą do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja i Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji,
9. Posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie,
10. 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.,
11. 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.,
12. Podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

Białystok, dn. …………………………………… ………………………………………………………………………….…………….

 Czytelny podpis kandydata