**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](mailto: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