Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego | Dofinansowane przez Unię Europejską

Numer wniosku: _____ Data i godzina wpływu: _____
(wypełnia Specjalistka ds. rekrutacji i promocji)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pn.: „Od ADEPTA do LIDERA – program rozwoju kompetencji i kwalifikacji na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku”

Zadanie 5. Zindywidualizowane wsparcie poza ścieżkami

I. DANE OSOBOWE I TELEADRESOWE KANDYDATA/KI

- Imię/imiona: _____
- Nazwisko: _____
- Adres e-mail: _____
- Telefon kontaktowy: _____
- Stopień naukowy: _____
- Jednostka Organizacyjna Uczelni:_____
- Osoba z niepełnosprawnościami: ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
- Specjalne potrzeby np. wynikające z niepełnosprawności

  _____

  _____

II. Wyrażam chęć udziału w szkoleniu realizowanym w ramach Zadania 5. ZINDYWIDUALIZOWANE WSPARCIE POZA ŚCIEŻKAMI, służącym podniesieniu kompetencji dydaktycznych:

- **SZKOLENIE „SKUTECZNA KOMUNIKACJA I UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNE ISTOTNE W PRACY NAUCZYCIELA AKADEMICKIEGO”**,

  w wymiarze 16 godzin dydaktycznych, realizowane stacjonarnie.

III. KRYTERIA REKRUTACJI

1. **Kryteria obligatoryjne:**
   - posiadam status uczestnika/uczestniczki projektu w zakresie zadania 2, 3 lub 4:

     ☐ TAK ☐ NIE

2. **Kryteria dodatkowe:**
   - w przypadku większej liczby chętnych, będzie liczyła się kolejność zgłoszeń.

IV. OŚWIADCZENIA

1) zgłaszam chęć udziału w projekcie pn. „Od ADEPTA do LIDERA – program rozwoju kompetencji i kwalifikacji na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku" – Zadanie 5. Zindywidualizowane wsparcie poza ścieżkami;
2) w przypadku zakwalifikowania mnie do projektu zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniu wskazanym w pkt. II;
3) kompetencje nabyte podczas szkolenia wskazanego w pkt II. wykorzystam w trakcie realizowanych zajęć dydaktycznych na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku;
4) zapoznałem (-am) się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Od ADEPTA do LIDERA - program rozwoju kompetencji i kwalifikacji na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku" (Zadanie 5. Zindywidualizowane wsparcie poza ścieżkami) i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
5) zostałem (-am) poinformowany (-a) o braku możliwości udziału w tej samej formie wsparcia, tj. szkoleniu/kursie/warsztatach, w innym projekcie realizowanym w tym samym czasie w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, jeżeli zakres tematyczny wsparcia jest tożsamy lub zbliżony[1];
6) przyjmuję do wiadomości, że:
   a) 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,
   b) Uniwersytet Medyczny w Białymstoku powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się w sprawach danych osobowych wysyłając informacje na adres e-mail: iod@umb.edu.pl lub poprzez inne dane kontaktowe podane na stronach internetowych Uczelni,

[1] Udział w tej samej formie wsparcia w więcej niż jednym projekcie, skutkuje naruszeniem zasady niedublowania wsparcia i może prowadzić do konieczności zwrotu środków publicznych.

c) moje dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., (RODO, dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027),

d) 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,

e) moje dane osobowe przechowywane będą do czasu rozliczenia programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji,

f) posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, na zasadach określonych w RODO,

g) w celu skorzystania z praw, o których mowa w pkt 6 mogę się skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych poprzez dane podane w pkt 2,

h) przysługuje mi również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (strona główna Urzędu Ochrony Danych Osobowych www.uodo.gov.pl),

i) na podstawie podanych danych osobowych nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje, w tym nie będzie wykonywane profilowanie,

j) podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

Data i czytelny podpis kandydata/tki:_____

ZGODA KIEROWNIKA JEDNOSTKI:

Wyrażam zgodę na udział ww. pracownika w szkoleniu.

Data i czytelny podpis kierownika jednostki UMB: [2]_____

[2] W przypadku, gdy o udział w szkoleniu ubiega się osoba będąca kierownikiem jednostki organizacyjnej, zobowiązana jest do uzyskania akceptacji Dziekana właściwego wydziału.