

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do udziału w mentoringu praktycznego nauczania w ramach projektu
pn. „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem
Centrum Symulacji Medycznej”

Imię (imiona):			
Nazwisko:			
Telefon kontaktowy:			
Wydział:	Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim		
Kierunek:	lekarski		
Rok studiów:	☐ IV rok	☐ V rok	☐ VI rok
Średnia ocen uzyskanych za dotychczasowy okres studiów: <i>(na podstawie zaświadczenia z Dziekanatu)</i>			
Koła naukowe do których Pan/Pani należy <i>(proszę podać nazwę/y koła/kół naukowego/y)</i>			
Aktywny /czynny udział w konferencjach <i>(proszę wymienić nazwę/y konferencji)</i>			
Prace/artykuly opublikowane w czasopismach naukowych jako autor lub współautor. <i>(proszę podać tytuł, rok wydania, nazwę czasopisma naukowego)</i>			
Do formularza zgłoszeniowego załączam dokumenty : ☐ Zaświadczenie z Dziekanatu w zakresie uzyskanej średniej za dotychczasowy okres studiów (obowiązkowo) ☐ Zaświadczenia o przynależności do kół naukowych wystawione przez przewodniczącego bądź opiekuna koła naukowego <i>(jeśli dotyczy)</i> ☐ Kserokopie dokumentów potwierdzających czynny udział w konferencjach (wystąpienia, postery, publikacje w materiałach zjazdowych/dyplomu/zaświadczenia) <i>(jeśli dotyczy)</i> ☐ Kserokopia wydruku publikacji / wydruk bibliografii publikacji ze strony internetowej biblioteki UMB (z tytułem i wykazem autorów) <i>(jeśli dotyczy)</i>			



1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku moich danych osobowych, zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb rekrutacji na szkolenie w ramach projektu pn. „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem Centrum Symulacji Medycznej” zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
Czytelny podpis kandydata

2. Zgłaszam chęć udziału mentoringu studentów realizowanym w ramach projektu „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem Centrum Symulacji Medycznej”.
3. 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) 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,
 - 3) Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., (dalej zwanego RODO) - 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 usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania prawo do prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie, na zasadach określonych RODO Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzasadnione jest, że moje dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z RODO,
 - 7) W celu skorzystania z w/w praw, o których mowa w pkt 6 mogę się skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych poprzez dane podane w pkt 2.
 - 8) Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzasadnione jest, że moje dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z RODO,
 - 9) Na podstawie podanych danych osobowych nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje, w tym nie będzie wykonywane profilowanie.
 - 10) Podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.
4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Procedurą korzystania przez Studentów UMB z Mentoringu Praktycznego Nauczania w roku akademickim 2021/2022 w ramach projektu pn. „Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem Centrum Symulacji Medycznej” i zobowiązuję się do przestrzegania jego zasad.

.....
Data

.....
Czytelny podpis kandydata