

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

uczestnictwa w projekcie „Rozwój kompetencji studentów UMB niezbędnych do pracy w ramach zespołu terapeutycznego z pacjentem geriatrycznym” dla:

- studentów VI roku kierunku lekarskiego (studia stacjonarne i niestacjonarne) na Wydziale Lekarskim Białymstoku w roku akademickim 2018/2019,
- studentów III roku, I st. kierunku fizjoterapia i pielęgniarstwo (studia stacjonarne i niestacjonarne) na Wydziale Lekarskim Białymstoku w roku akademickim 2018/2019,
- studentów II roku, II st. kierunku fizjoterapia i pielęgniarstwo (studia stacjonarne i niestacjonarne) na Wydziale Lekarskim Białymstoku w roku akademickim 2018/2019.

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU									
Imię/imiona:									
Nazwisko:									
Telefon kontaktowy:									
E-MAIL:									
Wydział:*	☐ Lekarski ☐ Nauk o zdrowiu	Kierunek:*	☐ lekarski ☐ fizjoterapia ☐ pielęgniarstwo	Tryb studiów:*	☐ stacjonarny ☐ niestacjonarny				
STOPIEŃ STUDIÓW:*		☐ I ☐ II ☐ jednolite	Rok studiów:*		☐ II ☐ III ☐ VI				
Średnia ocen z roku akademickiego 2017/2018 <i>(proszę wpisać, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku)</i>			Stopień znajomości języka angielskiego (poziom)*		☐ B2 (inny, jaki?) ☐				
Deklaruję uczestnictwo w:** 1. Badaniu poziomu kompetencji uczestników projektu (3 godz.), 2. Warsztatach z zakresu komunikacji w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym (16 godz. dydaktycznych), 3. Warsztatach z zakresu kompetencji analitycznych w zespole terapeutycznym (16 godz. dydaktycznych), 4. Dodatkowych zajęciach praktycznych w ramach zespołów projektowych (12 godz. dydaktycznych), 5. Wizytach studyjnych (1 krajowa-1-dniowa i 1 zagraniczna-3-dniowa). 6. Badaniu „losów absolwentów” w okresie 3, 6, 12 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie. <i>*właściwe zaznaczyć</i> <i>** udział we wszystkich zajęciach jest obowiązkowy</i>									
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. Białystok, dnia czytelny podpis kandydata 2. Zgłaszam chęć udziału w projekcie pn. „Rozwój kompetencji studentów UMB niezbędnych do pracy w ramach zespołu terapeutycznego z pacjentem geriatrycznym”. 3. Zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuje się do jego przestrzegania. 4. 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) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, adres email: iod@umb.edu.pl.
- c) 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.
- 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 Operacyjnego Wiedza, Edukacja i Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- f) Posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie.
- g) 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.
- h) 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.
- i) Podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

Białystok, dnia

.....
czytelny podpis kandydata