



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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pn.: „STOP DROP - SYSTEMOWE DZIAŁANIA
PRZECIWDZIAŁAJĄCE ZJAWISKU DROP-OUTU W UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM
W BIAŁYMSTOKU”

**Zadanie 5. Zmiany w sposobie realizacji procesu kształcenia na kierunkach
objętych projektem**

I. DANE OSOBOWE I TELEADRESOWE KANDYDATA/KI

- Imię/imiona: _____
- Nazwisko: _____
- Adres e-mail: _____@student.umb.edu.pl
- Telefon kontaktowy: _____
- Kierunek studiów:
 - ☐ Analityka medyczna,
 - ☐ Farmacja,
 - ☐ Kosmetologia I stopnia.
- Rok studiów: ☐ I rok.
- Osoba z niepełnosprawnościami: ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
- Specjalne potrzeby np. wynikające z niepełnosprawności:



**II. Wyrażam chęć udziału w roku akademickim 2026/2027 w ZAJĘCIACH
WYRÓWNAWCZYCH realizowanych w ramach Zadania 5 z przedmiotu¹:**

- kierunek ANALITYKA MEDYCZNA:
 - ☐ BIOLOGIA MEDYCZNA,
 - ☐ CHEMIA OGÓLNA I NIEORGANICZNA,
 - ☐ CHEMIA ORGANICZNA.
- kierunek FARMACJA:
 - ☐ BIOLOGIA,
 - ☐ CHEMIA ANALITYCZNA W FARMACJI,
 - ☐ CHEMIA OGÓLNA I NIEORGANICZNA W FARMACJI.
- kierunek FARMACJA:
 - ☐ BIOLOGIA Z ELEMENTAMI GENETYKI,
 - ☐ CHEMIA KOSMETYCZNA,
 - ☐ HISTOLOGIA.

III. KRYTERIA REKRUTACJI

- student I roku Analityki medycznej/ Farmacji/ Kosmetologii I st.,
- kolejność zgłoszeń (data i godzina wpłynięcia formularza zgłoszeniowego),
- pierwszeństwo dla studentów, którzy nie uczestniczyli w planowych zajęciach z powodów osobistych/zdrowotnych (na podst. oświadczenia pkt IV.5).

IV. OŚWIADCZENIA

- 1) zgłaszam chęć udziału w projekcie pn. „STOP DROP - systemowe działania przeciwdziałające zjawisku drop-outu w UMB” – Zadanie 5. Zmiany w sposobie realizacji procesu kształcenia na kierunkach objętych projektem;
- 2) w przypadku zakwalifikowanie mnie do projektu zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich szkoleniach wskazanych w pkt. II;

¹ Właściwie zaznaczyć



- 3) zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie pn. „STOP DROP - systemowe działania przeciwdziałające zjawisku drop-outu w UMB” i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
- 4) 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 zbliżony²;
- 5) oświadczam, iż w dniu/dniach:....., nie mogłem/-łam uczestniczyć w zajęciach z przedmiotu:..... z ważnych powodów osobistych/ zdrowotnych³;
- 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,
 - 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,

² Udział w tej samej formie wsparcia w więcej niż jednym projekcie, skutkuje naruszeniem zasady niedublowania wsparcia i może prowadzić do konieczności zwrotu środków publicznych.

³ Wypełnić jeśli dotyczy.



- 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/teki: _____