



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”

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. ANKIETA DOTYCZĄCA ODCZUWANEGO POZIOMU STRESU

Odczuwam wysoki poziom stresu związany ze studiowaniem na ww. kierunku studiów:

☐ TAK ☐ NIE



III. Wyrażam chęć udziału w zajęciach warsztatowych antystresowych, realizowanych w formie stacjonarnej¹:

☐ **Jak zwiększyć swoją efektywność, zarządzać motywacją**

Preferowany termin warsztatów²:

☐ ~~grupa 1: 16.04.2026 (czwartek): 16:00 – 18:15 (pula miejsc wyczerpana)~~

☐ grupa 2: 21.04.2026 (wtorek): 17:00 - 19.15

☐ grupa 3: 24.04.2026 (piątek): 15:00 - 17.15

☐ **Ja czyli kto? O świadomym stawaniu się dojrzałym dorosłym**

Preferowany termin warsztatów²:

☐ grupa 1: 15.05.2026 (piątek): 17:30 - 19:45 (1 miejsce wolne)

☐ grupa 2: 29.05.2025 (piątek): 17:30 - 19:45 (2 miejsca wolne)

☐ grupa 3: 12.06.2025 (piątek): 17:30 - 19:45

☐ **Jak dbać o zdrowie psychiczne? część I. Doświadczenia, cz. II. Wsparcie**

Preferowany termin warsztatów²:

☐ grupa 1: 24.04.2026 (piątek): 12:00 - 16:30

☐ grupa 2: 09.05.2026 (sobota): 10:00 - 14:30

☐ grupa 3: 01-02.06.2026 (poniedziałek-wtorek): 15:30 - 17:45

IV. UWAGI / SUGESTIE³

¹ Można wybrać udział w więcej niż jednym warsztacie.

² Należy wybrać JEDEN preferowany termin do każdego z wybranych warsztatów.

³ Proszę wpisać inne istotne informacje np. dotyczące wyboru terminów warsztatów.



V. KRYTERIA REKRUTACJI

- student/studentka I roku Analityki medycznej/ Farmacji/ Kosmetologii I st.,
- pierwszeństwo dla studentów/studentek deklarujących wysoki poziom stresu (na podst. deklaracji w pkt II),
- kolejność zgłoszeń (data i godzina wpłynięcia formularza zgłoszeniowego).

VI. OŚWIADCZENIA

- 1) zgłaszam chęć udziału w projekcie pn. „STOP DROP - systemowe działania przeciwdziałające zjawisku drop-outu w UMB” – Zadanie 4. Wsparcie zdrowia psychicznego studentów;
- 2) w przypadku zakwalifikowanie mnie do projektu zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich ZAJĘCIACH WARSZTATOWYCH wskazanych w pkt. III;
- 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) 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,



- 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: _____