

Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnictwa w Projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – kierunek LEKARSKO-DENTYSTYCZNY

Imię (imiona):																				
Nazwisko:																				
Telefon kontaktowy:																				
Adres e-mail:																				
Wydział:	Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim																			
Kierunek:	Lekarsko-dentystyczny																			
Tryb studiów:	Stacjonarne																			
Rodzaj studiów:	Studia jednolite magisterskie																			
Rok studiów:	V																			
Status na rynku pracy:	☐ osoba bierna zawodowo (student)					☐ osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy					☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy					☐ osoba pracująca				
Ocena z przedmiotu PROTETYKA:																				
Ukończony kierunek Techniki Dentystyczne	☐ TAK										☐ NIE									
Działalność i aktywność w kole/kołach naukowych o profilu stomatologicznym lub/oraz organizacjach studenckich (wypisać)	1. 2. 3.																			
<i>*Zgłaszam chęć udziału w projekcie „Program rozwoju kompetencji studentów kierunku Techniki dentystyczne i kierunku Lekarsko-Dentystycznego UMB”.</i> <i>*Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym na potrzeby rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych.</i>																				
Białystok, dnia czytelny podpis																				