



<i>Wypełnia Specjalista ds. rekrutacji</i>	
Data wpływu:	
Nr wniosku:	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

uczestnictwa w projekcie „Mamy POWER- inwestujemy w kompetencje regionu”
Zadanie 2. Rozwój kompetencji studentów realizowane w ramach Projektu –
Zajęcia warsztatowe realizowane w zespole interdyscyplinarnym dla:

Studentek i studentów WL:

- Kierunek Lekarski – V i VI rok

Studentek i studentów WF:

- Kierunek Farmacja – V rok

Studentek i studentów WNoZ:

- Fizjoterapia JSM – IV rok,
- Fizjoterapia II stopnia – II rok,
- Pielęgniarstwo I stopnia – II i III rok
- Pielęgniarstwo II stopnia – I i II rok

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU					
Imię/imiona:					
Nazwisko:					
Telefon kontaktowy:					
E-MAIL:					
Wydział:*	<input type="radio"/> Lekarski <input type="radio"/> Nauk o zdrowiu <input type="radio"/> Farmaceutyczny	Kierunek:*	<input type="radio"/> lekarski <input type="radio"/> fizjoterapia <input type="radio"/> pielęgniarstwo <input type="radio"/> farmacja	Tryb studiów:*	<input type="radio"/> stacjonarny <input type="radio"/> niestacjonarny
STOPIEŃ STUDIÓW:*	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> jednolite	Rok studiów:*	I, II, III, IV, V, VI		
Osoba z niepełnosprawnościami:*	W przypadku osób z niepełnosprawnościami:				
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				
Stopień i zakres niepełnosprawności:					
Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją:					
KRYTERIA REKRUTACJI					
Średnia ocen z roku akademickiego 2019/2020 (potwierdzona zaświadczeniem z Dziekanatu, proszę wpisać, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku)	Stopień znajomości języka angielskiego (poziom) (wymagane zaświadczenie, certyfikat, dyplom lub inny dokument potwierdzający wiedzę na poziomie wyższym niż B1 - kserokopia)*		<input type="radio"/> B1 (inny, jaki?) <input type="radio"/>	
Działalność i aktywność w kole/kołach naukowych lub/oraz organizacjach studenckich (potwierdzona zaświadczeniem wystawionym przez kierowników kół/organizacji)	1. 2. 3.				
Zakończony udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej (zaświadczenie, certyfikat, dyplom - kserokopia)	1. 2. 3.				

*właściwe zaznaczyć



Deklaruję uczestnictwo w Zadaniu 2. Rozwój kompetencji studentów - Zajęcia warsztatowe realizowane w zespole interdyscyplinarnym realizowane w ramach Projektu:**

1. **Badaniu poziomu kompetencji uczestników projektu** (na wejściu i zakończeniu udziału w projekcie)
2. **Warsztatach z komunikacji w zespole interdyscyplinarnym.**
3. **Warsztatach z kompetencji analitycznych w interdyscyplinarnych grupach.**
4. **Praktycznych zajęciach w zespołach interdyscyplinarnych.**
5. **Wizytach studyjnych (1 krajowa-1-dniowa i 1 zagraniczna-3-dniowa** (plus dwa dni na dojazd).
6. **Badaniu „losów absolwentów” w okresie 6 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie.**

**** udział we wszystkich zajęciach jest obowiązkowy**

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. „Mamy POWER- inwestujemy w kompetencje regionu”, w Zadaniu 2. Rozwój kompetencji studentów realizowane w ramach Projektu – *Zajęcia warsztatowe realizowane w zespole interdyscyplinarnym.*
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

Do formularza zgłoszeniowego załączam:

- Zaświadczenie o średniej wystawione przez Dziekanat
- Zaświadczenia o przynależności do kół naukowych
- Zaświadczenia o pracy na rzecz organizacji studenckich.
- Zaświadczenia o zakończonym udziale w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.