



Wypełnia Specjalista ds. rekrutacji i promocji	
Data wpływu:	
Nr wniosku:	

WYDZIAŁ LEKARSKI Z ODDZIAŁEM STOMATOLOGII
I ODDZIAŁEM NAUCZANIA W JĘZYKU ANGIELSKIM

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do udziału w projekcie pn.:**

„Zintegrowany Program Kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole stomatologicznym”

I. DANE TELEADRESOWE	
Imię/Imiona :	
Nazwisko:	
Adres e-mail:	_____@student.umb.edu.pl
Telefon kontaktowy:	
Kierunek:	Lekarsko-Dentystyczny
Rok studiów:	V
Osoba z niepełnosprawnościami: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	W przypadku osób z niepełnosprawnościami:
	Stopień i zakres niepełnosprawności:
	Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją

II. Deklaruję uczestnictwo we wsparciu umożliwiającym rozwój kompetencji zawodowych, realizowanym w ramach Zadania 4. Rozwój kompetencji studentów Projektu, w zakresie:

Komunikacja z pacjentem w gabinecie stomatologicznym

III. KRYTERIA REKRUTACJI

Średnia ocen uzyskana z ostatniego roku studiów
(na podstawie zaświadczenia z Dziekanatu)



1. Zgłaszam chęć udziału w projekcie „Zintegrowany Program Kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole stomatologicznym”.
2. Zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
3. Przyjmuję do wiadomości, że:
 - 1) 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,
 - 2) 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,
 - 3) 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 Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWER).),
 - 4) 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,
 - 5) Moje dane osobowe przechowywane będą do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja i Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji,
 - 6) Posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, na zasadach określonych w RODO,
 - 7) W celu skorzystania z praw, o których mowa w pkt 6 mogę się skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych poprzez dane podane w pkt 2,
 - 8) Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzasadnione jest, że moje dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
 - 9) Na podstawie podanych danych osobowych nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje, w tym nie będzie wykonywane profilowanie,
 - 10) Podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

.....

Data

.....

Czytelny podpis kandydata

Do formularza zgłoszeniowego załączam:

- Zaświadczenie z Dziekanatu potwierdzające średnią ocen z ostatniego roku studiów.