



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: _____ Telefon kontaktowy: _____

Stopień naukowy: _____

Jednostka Organizacyjna Uczelni: _____

Osoba z niepełnosprawnościami: TAK NIE

W przypadku osób z niepełnosprawnościami

Stopień i zakres niepełnosprawności: _____

Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności: _____

II. Wyrażam chęć udziału w szkoleniu umożliwiającym podniesienie kompetencji kadry dydaktycznej w zakresie umiejętności dydaktycznych:

Projektowanie koron i mostów z wykorzystaniem oprogramowania DENTAL SYSTEM/3SHAPE w oparciu o SMILE DESIGN TRIOS/3SHAPE

III. KRYTERIA REKRUTACJI

1. Jestem zatrudniony na UMB na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony lub na czas określony lub na podstawie aktu mianowania przez okres nie krótszy niż planowany okres szkolenia powiększony o jeden pełen semestr zajęć dydaktycznych z wykorzystaniem kompetencji nabytych przeze mnie w trakcie szkolenia: TAK NIE
2. Posiadam dyplom lekarza dentysty/stomatologa: TAK NIE
3. Wykorzystam kompetencje dydaktyczne nabyte podczas szkolenia w trakcie realizowanych zajęć dydaktycznych w ramach przedmiotu _____ na _____ roku studiów kierunku _____.



Do formularza zgłoszeniowego załączam oświadczenie o prowadzeniu zajęć dydaktycznych po odbytym szkoleniu, podpisane przez Kierownika Jednostki¹.

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

¹ W przypadku Kandydata będącego Kierownikiem jednostki, wymagana jest dodatkowa akceptacja Dziekana.