



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

WYDZIAŁ LEKARSKI Z ODDZIAŁEM STOMATOLOGII  
I ODDZIAŁEM NAUCZANIA W JĘZYKU ANGIELSKIM

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do udziału w projekcie pn.:

Projekt pn. „Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu”

I. DANE TELEADRESOWE	
<b>Imię/Imiona :</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Telefon kontaktowy:</b>	
<b>Numer albumu:</b>	

II. DANE DOTYCZĄCE STUDIÓW	
<b>Kierunek:</b>	Lekarski
<b>Tryb studiów:</b>	<input type="checkbox"/> Stacjonarne <input type="checkbox"/> Niestacjonarne
<b>Rok studiów:</b>	VI
<b>Osoba z niepełnosprawnościami:</b>	<b>W przypadku osób z niepełnosprawnościami:</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Stopień i zakres niepełnosprawności: ..... Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją ..... ..... .....



### III. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU :

**Certyfikowane szkolenie kształcące kwalifikacje zawodowe w zakresie resuscytacji**  
(dot. studentów VI roku kierunku Lekarskiego)

**Kurs ALS - kurs resuscytacyjny**

### IV. KRYTERIA REKRUTACJI

<b>Średnia ocen uzyskana z ostatniego roku studiów</b> (na podstawie zaświadczenia z Dziekanatu)	
<b>Aktywna działalność w Studenckich Kołach Naukowych</b> (na podstawie zaświadczenia/opinii* Opiekuna koła naukowego)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Publikacja/e w czasopiśmie naukowych</b> (dołączyć potwierdzenie z biblioteki)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Aktywny udział w konferencjach (wystąpienia, plakaty, publikacje w materiałach zjazdowych)</b> (dołączyć potwierdzenie z biblioteki)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Nagrody Ministra Zdrowia otrzymane w trakcie studiów</b> (dołączyć ksero dokumentu – oryginały do wglądu)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Praca na rzecz organizacji studenckich w toku dotychczasowych studiów, akademicka działalność sportowa i artystyczna</b> (potwierdzona zaświadczeniem wystawionym przez kierowników organizacji)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Zakończony udział w projektach/formach wsparcia współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej</b> (ksero zaświadczenia, certyfikatu, dyplomów, innego dokumentu ukończenia wsparcia - oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

\* Dotyczy zaświadczeń/opinii wystawionych w bieżącym roku akademickim 2022/2023

- Zgłaszam chęć udziału w projekcie „Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu”.
- Zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
- Przyjmuję do wiadomości, że:
  - 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,
  - 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](mailto:iod@umb.edu.pl) lub poprzez inne dane kontaktowe podane na stronach internetowych Uczelni,
  - 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., (dalej zwanego 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 RODO,
- 7) W celu skorzystania z w/w 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 RODO,
- 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.

.....  
Czytelny podpis kandydata

**Do formularza zgłoszeniowego załączam:**

- Zaświadczenie z Dziekanatu potwierdzające średnią ocen z ostatniego roku studiów.
- Zaświadczenia/opinie Opiekuna o przynależności do kół naukowych w roku akademickim 2022/2023
- Potwierdzenie z biblioteki o publikacji w czasopismach naukowych.
- Potwierdzenie z biblioteki o aktywnym udziale w konferencjach (wystąpienia, plakaty, publikacje w materiałach zjazdowych),
- Kserokopie potwierdzające uzyskanie Nagrody Ministra Zdrowia.
- Zaświadczenia o pracy na rzecz organizacji studenckich, działalności sportowej, działalności artystycznej.
- Kserokopie zaświadczeń, certyfikatów, dyplomów, innych dokumentów potwierdzających udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej (oryginały do wglądu) .