



<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 REKRUTACYJNY**

**do udziału w projekcie pn.:**

**„Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu”**

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

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



III. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU :	
Zajęcia warsztatowe umożliwiające rozwój kompetencji zawodowych (dot. studentów V i VI roku kierunku Lekarskiego)	<b>WARSZTATY „ECHOKARDIOGRAFIA PRZEZKLATKOWA”</b>

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

\* Dotyczy zaświadczeń/opinii wystawionych w bieżącym roku akademickim 2021/2022

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku moich danych osobowych, zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb rekrutacji w projekcie pn. „Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu” na WARSZTATY Z ZAKRESU ECHOKARDIOGRAFII PRZEZKLATKOWEJ, zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....  
Czytelny podpis kandydata

- Zgłaszam chęć udziału w projekcie „Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu”.
- Zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuje 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 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. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., (RODO) - zgoda na przetwarzanie danych,
- 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 przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie, na zasadach określonych w RODO,
- 7) Posiadam prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania, gdy uzasadnione jest, że zachodzą okoliczności wskazane w art. 17, 18 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 8) W celu skorzystania z praw, o których mowa w pkt 6 i 7 mogę się skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych poprzez dane podane w pkt 2,
- 9) 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.,
- 10) Na podstawie podanych danych osobowych nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje, w tym nie będzie wykonywane profilowanie,
- 11) Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

.....

Data

.....

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 2021/2022.
- 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).