



<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	
Imię/Imiona :	
Nazwisko:	
Adres e-mail:	
Telefon kontaktowy:	
Numer albumu:	

II. DANE DOTYCZĄCE STUDIÓW	
Kierunek:	Lekarski
Tryb studiów:	<input type="checkbox"/> Stacjonarne <input type="checkbox"/> Niestacjonarne
Rok studiów:	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



III. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU :

Zajęcia warsztatowe umożliwiające rozwój kompetencja zawodowych
(dot. studentów V roku kierunku Lekarski)

Kurs ALS - kurs resuscytacyjny

IV. KRYTERIA REKRUTACJI

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

Działalność w Studenckich Kołach Naukowych
(na podstawie zaświadczenia/opinii Opiekuna koła naukowego)

Tak
 Nie

Publikacja/e w czasopismach naukowych
(dołączyć potwierdzenie z biblioteki)

Tak
 Nie

Aktywny udział w konferencjach (wystąpienia, plakaty, publikacje w materiałach zjazdowych) (dołączyć potwierdzenie z biblioteki)

Tak
 Nie

Nagrody Ministra Zdrowia / Rektora otrzymane w trakcie studiów
(dołączyć ksero dokumentu – oryginały do wglądu)

Tak
 Nie

Praca na rzecz organizacji studenckich, akademicka działalność sportowa i artystyczna
(potwierdzona zaświadczeniem wystawionym przez kierowników organizacji)

Tak
 Nie

Zakończony udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej
(ksero zaświadczenia, certyfikatu lub dyplomu ukończenia wsparcia - oryginał do wglądu)

Tak
 Nie

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.

.....
Czytelny podpis kandydata

2. Zgłaszam chęć udziału w projekcie „Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu”.
3. Zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
4. 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) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, adres email: iod@umb.edu.pl,
- 3) 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,
- 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,
- 7) 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.,
- 8) 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.,
- 9) 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.
- Zaświadczenia o przynależności do kół naukowych.
- Potwierdzenie z biblioteki o publikacji w czasopismach naukowych.
- Kserokopie dokumentów potwierdzających aktywny udział w konferencjach.
- Kserokopie potwierdzające uzyskanie Nagrody Ministra Zdrowia / Rektora.
- Zaświadczenia o pracy na rzecz organizacji studenckich, działalności sportowej, działalności artystycznej.
- Zaświadczenie, certyfikat, inny dokument potwierdzający udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.