



<i>Wypełnia Specjalista ds. rekrutacji</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.:

„Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu”

I. DANE TELEADRESOWE	
Imię/Imiona :	
Nazwisko:	
Numer indeksu:	
Adres e-mail:	
Telefon kontaktowy:	

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. Deklaruję uczestnictwo we wsparciu umożliwiającym rozwój kompetencji zawodowych realizowanym w ramach Zadania 2. Rozwój kompetencji studentów, w zakresie :
1. Certyfikowanego szkolenia : „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)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Publikacja/e w czasopismach 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 / Rektora 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 współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej (ksero zaświadczenia lub certyfikatu - oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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/ki

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 2016r., - 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/ki



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.
- Potwierdzenie z biblioteki o udziale w konferencjach.
- Kserokopie potwierdzające uzyskanie Nagrody Ministra Zdrowia / Rektora.
- Zaświadczenia o pracy na rzecz organizacji studenckich, działalności sportowej, działalności artystycznej.
- Kserokopie zaświadczeń, certyfikatów potwierdzających zakończony udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.