|  |
| --- |
| *Wypełnia Specjalista ds. rekrutacji i promocji* |
| *Data wpływu:* |  |
| *Nr wniosku:* |  |

KADRA DYDAKTYCZNA

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w projekcie pn.:**

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

|  |
| --- |
| **I. DANE TELEADRESOWE** |
| **Imię/Imiona :** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Stopień naukowy, tytuł:** |  |
| **Jednostka organizacyjna Uczelni:** |  |
| **Adres e- mail:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami:*** TAK
* NIE
 | **W przypadku osób z niepełnosprawnościami:** |
| Stopień i zakres niepełnosprawności:……………………………………………………………………………………..……………………….Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją……………………................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **II. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU W SZKOLENIU UMOŻLIWIAJĄCYM ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI DYDAKTYCZNYCH KADRY W ZAKRESIE PROWADZENIA ZAJĘĆ Z WYKORZYSTANIEM TECHNOLOGII ANALITYCZNYCH :** |
| **Szkolenie „Wykorzystanie systemu LCMS w diagnostyce medycznej”** |
| - proszę wskazać nazwy przedmiotów (w tym zajęć fakultatywnych) podczas których zostaną wykorzystane nabyte przez Panią/Pana w trakcie szkolenia kompetencje, wraz z podaniem kierunku/kierunków studiów:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Do formularza zgłoszeniowego załączam:**- oświadczenie(-a) o prowadzeniu zajęć dydaktycznych przez co najmniej 1 semestr po odbytym szkoleniu, podpisane przez Kierownika Jednostki\* |

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

1. Zgłaszam chęć udziału w projekcie *„Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu”.*

2. Zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuje się do jego przestrzegania.

3. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej Narodowemu Centrum Badań i Rozwoju, ul. Nowogrodzka 47 a, 00-695 Warszawa, beneficjentowi – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Jana Kilińskiego 1, 15-089 Białystok. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

5. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub Inspektorem Ochrony Danych Beneficjenta adres poczty: iod@umb.edu.pl .

6. Moje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji procesu rekrutacji w projekcie *"Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu”*.

7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

8. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora Danych dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, cofnięcia zgody a także prawo do przenoszenia danych.

9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji umowy.

……..…..……………..……… …..……………..…………………………

 Data Czytelny podpis kandydata