

Data wpływu:¹	
Nr wniosku:²	

WYDZIAŁ LEKARSKI Z ODDZIAŁEM STOMATOLOGII
I ODDZIAŁEM NAUCZANIA W JĘZYKU ANGIELSKIM

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do udziału w projekcie pn.:

„Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu”

I. DANE TELEADRESOWE

Imię/Imiona :	
Nazwisko:	
Adres e-mail:	_____@student.umb.edu.pl
Telefon kontaktowy:	
Numer albumu:	

II. DANE DOTYCZĄCE STUDIÓW

Kierunek:	Lekarski
Tryb studiów:	☐ Stacjonarne ☐ Niestacjonarne
Rok studiów:	☐ V rok ☐ VI rok
Osoba z niepełnosprawnościami: ☐ TAK ☐ NIE	W przypadku osób z niepełnosprawnościami: Stopień i zakres niepełnosprawności: Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją

III. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU

Zajęcia warsztatowe umożliwiające rozwój kompetencji zawodowych (dot. studentów V i VI roku kierunku Lekarskiego)	WARSZTATY „DIAGNOSTYKA USG NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ”
---	--

¹ Uzupełnia Specjalista ds. rekrutacji

² Uzupełnia Specjalista ds. rekrutacji

IV. KRYTERIA REKRUTACYJNE

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 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 (dołączyć ksero zaświadczenia, certyfikatu, innego dokumentu ukończenia wsparcia – oryginał do wglądu)	☐ Tak ☐ Nie

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. 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) 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. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., (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 w RODO,
- 7) W celu skorzystania z 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 ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 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.

data oraz 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
- ☐ 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 zakończony udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej (oryginały do wglądu).