



<b>Wypełnia Specjalista ds. rekrutacji i promocji</b>	
Data wpływu:	
Nr wniosku:	

WYDZIAŁ LEKARSKI Z ODDZIAŁEM STOMATOLOGII I  
ODDZIAŁEM NAUCZANIA W JĘZYKU ANGIELSKIM

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w projekcie pn.:**

**„Zintegrowany Program Kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole stomatologicznym”**

**I. DANE TELEADRESOWE**

Imię/imiona: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_  
Adres e-mail: \_\_\_\_\_@student.umb.edu.pl Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_  
Numer indeksu: \_\_\_\_\_

Kierunek: Techniki Dentystyczne Rok studiów: II

Osoba z niepełnosprawnościami:  TAK  NIE

**W przypadku osób z niepełnosprawnościami**

Stopień i zakres niepełnosprawności: \_\_\_\_\_

Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności: \_\_\_\_\_

**II. Deklaruję uczestnictwo we wsparciu umożliwiającym rozwój kompetencji zawodowych, realizowanym w ramach zadania 4. Rozwój kompetencji studentów Projektu, w zakresie:**

1. Wizyty studyjnej w Centrum protetyczno-edukacyjnym
2. Zajęć warsztatowych z zakresu CAD-CAM

**III. KRYTERIA REKRUTACJI**

1. Wartość średniej arytmetycznej ocen z zaliczenia z przedmiotu **techniki protetyczne na I i II roku studiów**: \_\_\_\_\_
2. Liczba punktów uzyskanych z **testu językowego**: \_\_\_\_\_

1. Zgłaszam chęć udziału w projekcie „Zintegrowany Program Kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole stomatologicznym”.

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](mailto: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

.....

Czytelny podpis kandydata