



<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.:

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

I. DANE TELEADRESOWE	
Imię/Imiona :	
Nazwisko:	
Adres e-mail:	
Telefon kontaktowy:	
Kierunek:	Lekarsko-Dentystyczny
Rok studiów:	V
Osoba z niepełnosprawnościami:	W przypadku osób z niepełnosprawnościami:
<input type="checkbox"/> TAK	Stopień i zakres niepełnosprawności:
<input type="checkbox"/> NIE	Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją

II. Deklaruję uczestnictwo we wsparciu umożliwiającym rozwój kompetencji zawodowych i informatycznych, 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.

* udział w dwóch formach wsparcia jest obowiązkowy



III. KRYTERIA REKRUTACJI

Ocena z przedmiotu PROTETYKA STOMATOLOGICZNA: (otrzymana na IV roku)	
Ukończony kierunek Techniki Dentystyczne (kserokopia dyplomu ukończenia studium policealnego / studiów I stopnia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Działalność i aktywność w kole/kołach naukowych o profilu stomatologicznym lub/oraz organizacjach studenckich (potwierdzona zaświadczeniem wystawionym przez kierowników kół/organizacji)	<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

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

- Zaświadczenia o przynależności do kół naukowych o profilu stomatologicznym
- Zaświadczenia o pracy na rzecz organizacji studenckich
- Kserokopię dyplomu ukończenia studium policealnego / studiów I stopnia