



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

<b>II. Deklaruję uczestnictwo we wsparciu umożliwiającym rozwój kompetencji zawodowych i informatycznych, realizowanym w ramach Zadania 4. Rozwój kompetencji studentów Projektu, w zakresie:*</b>
1. Wizyty studyjnej w Centrum protetyczno-edukacyjnym.
2. Zajęć warsztatowych z zakresu CAD – CAM.

\* udział w dwóch formach wsparcia jest obowiązkowy



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