



Wypełnia Specjalista ds. rekrutacji	
Data wpływu:	
Nr wniosku:	

KADRA DYDAKTYCZNA

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pn.:

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

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

II. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU W SZKOLENIU UMOŻLIWIAJĄCYM PODNIESIENIE KOMPETENCJI KADRY DYDAKTYCZNEJ W ZAKRESIE UMIEJĘTNOŚCI DYDAKTYCZNYCH:	
„Dokumentacyjna Fotografia Stomatologiczna”	
Kryteria obligatoryjne:	
Jestem zatrudniony/a na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku na podstawie umowy o pracę/aktu mianowania	☐ TAK ☐ NIE
Posiadam dyplom lekarza dentysty/stomatologa	☐ TAK ☐ NIE
Nazwa/y kierunku/ów studiów, roku oraz przedmiotu/ów, w ramach którego/ych będą wykorzystywane nabyte kompetencje dydaktyczne*: 	



Proszę wskazać sposób wykorzystania nabytych kompetencji dydaktycznych podczas prowadzenia przez Panią/Pana zajęć:

.....
.....
.....

* w przypadku większej liczby chętnych, punktowane będzie prowadzenie zajęć w ramach więcej niż jednego przedmiotu

Do formularza zgłoszeniowego załączam:

- oświadczenie(-a) o prowadzeniu zajęć dydaktycznych po odbyciu szkolenia, podpisane przez Kierownika Jednostki**

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

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 rekrutacji i uczestnictwa w zadaniu 6 – Rozwój kadry dydaktycznej - realizowanym w ramach projektu „Zintegrowany program kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole stomatologicznym” 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