



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

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:
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Stopień i zakres niepełnosprawności: Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją

II. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU W SZKOLENIU UMOŻLIWIAJĄCYM PODNIESIENIE KOMPETENCJI KADRY DYDAKTYCZNEJ W ZAKRESIE UMIEJĘTNOŚCI DYDAKTYCZNYCH:	
Praca w zespole stomatologicznym – wykonywanie zabiegów w stomatologii zachowawczej i endodoncji w metodzie duo	
Kryteria obligatoryjne:	
Jestem zatrudniony na UMB na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony lub na czas określony lub na podstawie aktu mianowania przez okres nie krótszy niż planowany okres szkolenia powiększony o jeden pełen semestr zajęć dydaktycznych z wykorzystaniem kompetencji nabytych przeze mnie w trakcie szkolenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Posiadam dyplom lekarza dentysty/stomatologa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wykorzystam kompetencje dydaktyczne nabyte podczas szkolenia w trakcie realizowanych zajęć dydaktycznych w ramach przedmiotu naroku studiów kierunku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Do formularza zgłoszeniowego załączam:

- oświadczenie(-a) o prowadzeniu zajęć dydaktycznych po odbytym szkoleniu, 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 Regulamin 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) 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. a oraz 9 ust. 2 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 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
 - 8) W celu skorzystania z praw, o których mowa w pkt 6 i 7 mogę się skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych poprzez dane podane w pkt 2.
 - 9) 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 2016r.,
 - 10) Na podstawie podanych danych osobowych nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje, w tym nie będzie wykonywane profilowanie.
 - 11) Podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

.....
Czytelny podpis kandydata