

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY KANDYDATA NA STUDIA PODYPLOMOWE

UNIwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej	
Studia Podyplomowe na kierunku:	
Dane ogólne: 1. Nazwisko i imię (imiona)..... 2. Imiona rodziców..... 3. Nazwisko panieńskie (dla mężatek).....	
Data i miejsce urodzenia: 	
Obywatelstwo: 	
Nr ewidencyjny PESEL: 	Nr identyfikacji podatkowej NIP:
Nr dowodu osobistego: 	
Adres zameldowania: 1. Ulica..... 2. Numer domu..... 3. Numer mieszkania..... 4. Kod pocztowy..... 5. Miejscowość..... 6. Poczta..... 7. Powiat..... 8. Województwo..... 9. Telefon stacjonarny..... 10. Telefon komórkowy..... 11. E-mail.....	

Adres do korespondencji:

1. Ulica.....
2. Numer domu.....
3. Numer mieszkania.....
4. Kod pocztowy.....
5. Miejscowość.....
6. Poczta.....
7. Powiat.....
8. Województwo.....
9. Telefon stacjonarny.....
10. Telefon komórkowy.....
11. E-mail.....

Ukończone studia wyższe:

1. Nazwa Uczelni.....
2. Ukończony kierunek studiów.....
3. Data ukończenia studiów.....
4. Forma kształcenia (odpowiednie podkreśl):
 - Studia I stopnia
 - Studia II stopnia
 - Studia jednolite magisterskie
 - Nr albumu studenta, w przypadku gdy kandydat ukończył studia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.....

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z zasadami rekrutacji obowiązującymi na studiach podyplomowych oraz Regulaminem Studiów Podyplomowych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

.....
Czytelny podpis kandydata

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) Administratorem Danych Osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku z siedzibą ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, reprezentowany przez Rektora,
- 2) Inspektorem Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku jest Emilia Minas, adres email: emilia.minasz@umb.edu.pl,
- 3) Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji procesu rekrutacji na studia podyplomowe, na podstawie:
 - art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym,
 - art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia

2016 r. jako zgody na przetwarzanie danych,

4) W przypadku, gdy nie zostanę słuchaczem studiów podyplomowych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku dane zebrane w procesie rekrutacji przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wszelkich czynności związanych z procesem rekrutacji,

5) Moje dane osobowe będą ujawnione wyłącznie osobom upoważnionym przez Administratora Danych, firmie Simple S.A. współpracującej z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku na podstawie umowy powierzenia,

6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione innym podmiotom na podstawie umowy powierzenia oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa,

7) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego i organizacji międzynarodowej,

8) Posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie,

9) 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.,

10) Posiadam prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że moje dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,

11) Podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku moich danych osobowych niezbędnych w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji na studia podyplomowe.

.....

Czytelny podpis kandydata

Świadomy(a) odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że dane zamieszczone w formularzu podane zostały zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

Czytelny podpis kandydata

.....

Wpłynęło (data i podpis)