



Wypełnia Specjalista ds. rekrutacji i promocji	
Data wpływu:	
Nr wniosku:	

[KADRA DYDAKTYCZNA](#)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pn.:

„Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku”

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

II. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU W SZKOLENIU:
<p>„PRINCE2® Foundation”, kończącym się egzaminem umożliwiającym zdobycie międzynarodowego certyfikatu PRINCE2 Foundation.</p> <p>Warunki udziału w szkoleniu: - pełnię funkcję Kierownika / Koordynatora co najmniej 1 Projektu / Zadania w projekcie: naukowym badawczym, edukacyjnym lub inwestycyjnym – TAK / NIE *</p> <p>* właściwe zaznaczyć</p>
III. Kryteria rekrutacji:
<p>I. kryterium, budżet projektu / zadania:</p> <ul style="list-style-type: none"> - do 1 mln zł – 1 pkt za każdy taki projekt / zadanie - 1-3 mln zł – 3 pkt za każdy taki projekt / zadanie - powyżej 3 mln. zł – 5 pkt za każdy taki projekt / zadanie <p>II. kryterium, zarządzanie zespołem projektu / zadania składającym się z (nie licząc kierownika projektu / zadania):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1-3 osób – 1 pkt - 4-6 osób – 3 pkt - powyżej 6 osób – 5 pkt <p>WYKAZ realizowanych projektów stanowi załącznik do niniejszego formularza zgłoszeniowego</p>



WYBÓR TERMINU SZKOLENIA:

W przypadku zakwalifikowania się na szkolenie, preferowany przeze mnie termin to:

12-13-14.03.2020

26-27-28.03.2020

16-17-18.04.2020

W przypadku zrekrutowania niewystarczającej liczby osób uniemożliwiającej realizację szkolenia w proponowanym terminie, UMB zastrzega sobie prawo do zmiany terminu szkolenia lub przesunięcia zakwalifikowanych osób na inny termin.

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 „Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.”
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



Załącznik do FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO dotyczącego udziału w szkoleniu pn.: „PRINCE2® Foundation”, **wykaz realizowanych projektów:**

Lp.	Tytuł projektu	Funkcja w projekcie (kierownik / koordynator projektu / zadania)	budżet projektu / zadania *	liczba członków zespołu projektu / zadania (bez wliczania siebie) *	Potwierdzenie komórki Administracyjnej **	Liczba punktów (wypełnia Komisja Rekrutacyjna)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

* podać budżet oraz zespół projektu lub zadania w zależności od pełnionej funkcji kierownika / koordynatora projektu lub zadania

** podpis pracownika odpowiedniego Działu administrującego projektem

.....
Czytelny podpis kandydata