



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

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:	
Stopień naukowy, tytuł:	
Jednostka organizacyjna Uczelni:	
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 UMOŻLIWIAJĄCYM ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI DYDAKTYCZNYCH KADRY PROWADZĄCEJ SEMINARIA:	
<u>„Szkoła tutorów akademickich”</u>	
WARUNKI UCZESTNICTWA W SZKOLENIU ¹⁾:	
Jestem zatrudniony/a na stanowisku pracownika dydaktycznego lub badawczo-dydaktycznego w charakterze nauczyciela akademickiego UMB i nie jestem nauczycielem UMB zatrudnionym na stanowisku pracownika naukowego, zgodnie z §2, ust. 29 Regulaminu uczestnictwa w projekcie.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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, zgodnie z §4, pkt I, ust. 3, 4 Regulaminu uczestnictwa w projekcie.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



KRYTERIA OBLIGATORYJNE:

Posiadam co najmniej stopień doktora.

TAK

NIE

Wykorzystam nabyte kompetencje podczas sprawowania kierownictwa/opieki w realizacji prac licencjackich/magisterskich studentów na Wydziale Farmaceutycznym i/lub Wydziale Nauk o Zdrowiu.

TAK

NIE

WYBÓR TERMINU SZKOLENIA:

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

21.06 - 02.07.2021

13 - 24.09.2021

W przypadku zrekrutowania niewystarczającej liczby osób uniemożliwiającej stworzenie grupy na dany termin szkolenia, UMB zastrzega sobie prawo do zmiany terminu szkolenia lub propozycji przesunięcia osób na inny termin.

Do formularza zgłoszeniowego załączam:

- oświadczenie(-a) o prowadzeniu zajęć dydaktycznych po odbytym szkoleniu, podpisane przez Kierownika Jednostki²⁾

¹⁾ Warunki uczestnictwa są niezbędne do wzięcia udziału w szkoleniu. Dalsze kryteria obligatoryjne są rozpatrywane jedynie po ich spełnieniu.

²⁾ W przypadku Kandydata będącego Kierownikiem jednostki, wymagana jest dodatkowa akceptacja Dziekana.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku moich danych osobowych, zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb rekrutacji na szkolenie w ramach projektu pn. „Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku” 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) 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.

.....
Data

.....
Czytelny podpis kandydata