



| | |
|--|--|
| 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: | |
| 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 W ZAKRESIE: | |
|---|--|
| <u>„Tworzenie artykułów (prac) naukowych”</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 |



KRYTERIUM OBLIGATORYJNE:

Wykorzystam kompetencje nabyte podczas szkolenia w trakcie realizowanych zajęć dydaktycznych oraz dostosuję programów kształcenia poprzez zmianę treści sylabusu **jednego przedmiotu** w ramach technik, metod i narzędzi dydaktycznych wykorzystywanych podczas prowadzonych zajęć uwzględniając kompetencje nabyte podczas szkolenia.

TAK

NIE

Jeśli **TAK**, proszę wskazać nazwę jednego przedmiotu:

.....

.....

KRYTERIUM PREMIUJĄCE ²⁾:

Wykorzystam kompetencje nabyte podczas szkolenia w trakcie realizacji **innych zajęć dydaktycznych niż wskazanych w kryterium obligatoryjnym**, oraz dostosuję programy kształcenia poprzez zmianę treści sylabusów przedmiotowych w ramach technik, metod i narzędzi dydaktycznych wykorzystywanych podczas prowadzonych zajęć uwzględniając kompetencje nabyte podczas szkolenia..

TAK

NIE

Jeśli **TAK**, proszę wskazać nazwę/y przedmiotu/ów:

.....

.....

.....

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

²⁾ Punkty za kryterium premiujące przyznawane są jedynie po spełnieniu kryterium obligatoryjnego oraz po wpisaniu wymienionych przedmiotów i potwierdzeniu przez Kierownika Jednostki w Oświadczeniu stanowiącym Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego.

WYBÓR TERMINU SZKOLENIA:

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

21.10.2020

22.10.2020

23.10.2020

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 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 „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