



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	<b>W przypadku osób z niepełnosprawnościami:</b>
	Stopień i zakres niepełnosprawności: ..... Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją ..... ..... ..... .....

II. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU W SZKOLENIU UMOŻLIWIAJĄCYM ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI DYDAKTYCZNYCH W ZAKRESIE:	
<b><u>„Szkolenie USG z zakresu zastosowania ultrasonografii w stanach nagłych – szkolenie dla Kadry Dydaktycznej”</u></b>	
<b>WARUNKI UCZESTNICTWA W SZKOLENIU <sup>1)</sup>:</b>	
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

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



**KRYTERIUM OBLIGATORYJNE:**

Wykorzystam kompetencje nabyte podczas szkolenia w trakcie realizowanych zajęć klinicznych w ramach jednego przedmiotu <sup>2)</sup>.

TAK

NIE

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

.....

.....

Zgodnie z §5 pkt III Regulaminu uczestnictwa w Projekcie weryfikacja zobowiązań dydaktycznych odbędzie się poprzez:

a) złożenie zaświadczenia podpisanego przez kierownika jednostki po zrealizowanych zajęciach dydaktycznych w wymiarze co najmniej jednego semestru, potwierdzającego wykorzystanie kompetencji nabytych w trakcie szkolenia podczas zajęć ze studentami po zakończonym roku akademickim, zgodnie ze wzorem zamieszczonym na Stronie Projektu, lub

b) dostosowanie programów kształcenia (poprzez zmiany w sylabusach przedmiotów), tak aby uwzględniły wykorzystanie kompetencji nabytych przez Uczestnika podczas szkolenia/szkoleń.

**KRYTERIUM PREMIUJĄCE <sup>2)</sup>:**

Wykorzystam kompetencje nabyte podczas szkolenia w trakcie realizacji innych zajęć klinicznych niż wskazanych w kryterium obligatoryjnym.

TAK

NIE

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

.....

.....

.....

<sup>2)</sup> 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:

1 tura: 11-12.01.2022

2 tura: 13-14.01.2022

3 tura: 14-15.02.2022

4 tura: 16-17.02.2022

W przypadku zrekrutowania niewystarczającej liczby osób uniemożliwiającej stworzenie grupy na daną turę 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.

- 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](mailto: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