



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

KADRA ADMINISTRACYJNA

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w projekcie pn.:**

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

I. DANE TELEADRESOWE	
<b>Imię/Imiona :</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>Jednostka organizacyjna Uczelni:</b>	
<b>Stanowisko:</b>	
<b>E- mail:</b>	
<b>Telefon kontaktowy:</b>	
<b>Osoba z niepełnosprawnościami:</b>  <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:	
<b>Szkolenie podnoszące umiejętności kadry administracyjnej:</b>	<b>SKUTECZNE ZARZĄDZANIE PROJEKTAMI</b> ..... <i>Nazwa szkolenia</i>

III. Kryteria rekrutacji	
<b>Wskazanie spójności szkolenia z zajmowanym stanowiskiem:</b>	..... .....
<b>Zgoda przełożonego:</b>	.....  <i>Data i podpis przełożonego</i>



**WYBÓR TERMINU SZKOLENIA:**

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

14-15.02.2020

28-29.02.2020

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.

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](mailto: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*