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

KADRA ADMINISTRACYJNA

**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:** |  |
| **Stanowisko:** |  |
| **E:mail :** |  |
|  **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami:*** TAK
* NIE
 | **W przypadku osób z niepełnosprawnościami:** |
| Stopień i zakres niepełnosprawności:……………………………………………………………………………………..……………………….Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją……………………...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **II. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU:** |
| **Szkolenia podnoszące umiejętności kadry administracyjnej**  | *„MS-20761 Querying Data with Transact-SQL”***…………………………………………………………………………………………………………………***Nazwa szkolenia* |

|  |
| --- |
| **III. Kryteria rekrutacji** |
| Wskazanie spójności szkolenia z zajmowanym stanowiskiem: | …..…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Zgoda Kierownika Działu: | ……………………………………………………………………………………………………………………..*Data i podpis kierownika* |

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

1. Zgłaszam chęć udziału w projekcie *„Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na Uniwersytecie Medycznym* w Białymstoku*.”*
2. Zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
3. Przyjmuję do wiadomości, że:
4. 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,
5. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, adres email: iod@umb.edu.pl ,
6. 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,
7. 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,
8. Moje dane osobowe przechowywane będą do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja i Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji,
9. Posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie,
10. 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.,
11. 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.,
12. Podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

…..……………..……… …..……………..…………………………

 Data Czytelny podpis kandydata