



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

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do udziału w projekcie pn.:

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

I. DANE TELEADRESOWE	
Imię/Imiona :	
Nazwisko:	
Numer indeksu:	
Adres e-mail:	
Telefon kontaktowy:	

II. DANE DOTYCZĄCE STUDIÓW	
Kierunek:	Farmacja
Tryb studiów:	<input type="checkbox"/> Stacjonarne <input type="checkbox"/> Niestacjonarne
Rok studiów:	<input type="checkbox"/> IV rok studiów <input type="checkbox"/> V rok studiów
Osoba z niepełnosprawnościami:	<b>W przypadku osób z niepełnosprawnościami:</b>
	Stopień i zakres niepełnosprawności: ..... ..... Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeśli istnieją ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	



III. WYRAŻAM CHĘĆ UDZIAŁU :	
Zajęcia warsztatowe umożliwiające rozwój kompetencji językowych	„Język angielski w zawodzie farmaceuty”

IV. KRYTERIA REKRUTACJI	
Średnia ocen uzyskana z poprzedniego roku studiów (na podstawie zaświadczenia z Dziekanatu)	
Praca na rzecz organizacji studenckich, akademicka działalność sportowa i artystyczna (potwierdzona zaświadczeniem wystawionym przez kierowników organizacji)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Zakończony udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej (ksero zaświadczenia, certyfikatu lub dyplomu ukończenia wsparcia)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Posiadane certyfikaty językowe – język angielski (na podstawie kserokopii certyfikatu)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>W przypadku odpowiedzi twierdzącej, proszę wskazać jakie, wraz z podaniem poziomu:</i> .....
Wynik testu wstępnego*:  *uzupełnia komisja rekrutacyjna dla osób nie posiadających certyfikatu	

- 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

- Zgłaszam chęć udziału w projekcie „Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.”
- Zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
- 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

**Do formularza zgłoszeniowego załączam:**

- Zaświadczenie z Dziekanatu potwierdzające średnią ocen uzyskanych z poprzedniego roku studiów na kierunku Farmacja.
- Zaświadczenia o pracy na rzecz organizacji studenckich, działalności sportowej, działalności artystycznej.
- Kserokopie zaświadczeń, certyfikatów potwierdzających zakończony udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.
- Kserokopie zaświadczeń/certyfikatów potwierdzających posiadane kwalifikacje językowe.