



| | |
|--|--|
| 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: | |
| Adres e-mail: | |
| Telefon kontaktowy: | |

| II. DANE DOTYCZĄCE STUDIÓW | |
|--|--|
| Kierunek: | Kosmetologia |
| Tryb studiów: | <input type="checkbox"/> Stacjonarne <input type="checkbox"/> Niestacjonarne |
| Rok studiów: | II rok II stopnia |
| Osoba z niepełnosprawnościami: | W przypadku osób z niepełnosprawnościami: |
| | 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 zawodowych (dot. studentów V roku kierunku Lekarski) | „Mikropigmentacja skóry głowy” |

| IV. KRYTERIA REKRUTACJI | |
|---|--|
| Średnia ocen uzyskanych ze studiów licencjackich na kierunku Kosmetologia (na podstawie zaświadczenia z Dziekanatu) | |
| Średnia ocen uzyskana z ostatniego 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 |
| Udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej (ksero zaświadczenia lub certyfikatu - oryginał do wglądu) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

- 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

- 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:
 - 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,
 - Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, adres email: iod@umb.edu.pl,
 - 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,

Projekt pn. „Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku”
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020



- 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

Do formularza zgłoszeniowego załączam:

- Zaświadczenie z Dziekanatu potwierdzające średnią ocen uzyskanych ze studiów licencjackich na kierunku Kosmetologia oraz średnią ocen z ostatniego roku studiów.
- Zaświadczenia o pracy na rzecz organizacji studenckich, działalności sportowej, działalności artystycznej.
- Kserokopie zaświadczeń, certyfikatów potwierdzających udział w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.