|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA DO PROJEKTU STUDENT/STUDENTKA KIERUNKU LEKARSKIEGO COLLEGIUM MEDICUM** |

1. **INFORMACJE O PROJEKCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | **„Medicus – centrum symulacji medycznej UJK”** |
| **Nr projektu**  | **POWR.05.03.00-00-0004/18** |
| Priorytet: | V. Wsparcie dla obszaru zdrowia |
| Działanie: | 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych |
| Beneficjent: | Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach |

1. **DANE KANDYDATA *(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)***

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona): |  |
| Nazwisko: |  |
| Zakres oczekiwanego wsparcia: | □ Uniwersytet Letni□ Zawody symulacyjne |

1. **DANE KONTAKTOWE *(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)***

|  |  |
| --- | --- |
| Numer telefonu kontaktowego: |  |
| Adres poczty elektronicznej e-mail: |  |

1. **KRYTERIA REKRUTACJI DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryteria rekrutacji** | **Proszę wstawić znak „X” jeśli dane kryterium jest spełnione oraz dołączyć dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie[[1]](#footnote-1)** |
| **Kryteria merytoryczne** | **Student/ka kierunku lekarskiego Collegium Medicum** | □ |
| **Kryteria rekrutacji** | **Liczba aktywności** |
| **średnia ocen za ostatni semestr studiów**  | liczba pkt = wysokość średniej |  |
| **działalności/aktywności:** -koło naukowe, -organizacja studencka inna niż koło naukowe,-organizacja o charakterze wolontaryjnym/ charytatywnym,-dodatkowa praktyka zawodowa nie wynikająca z planów studiów,-udział w konkursach/zawodach o charakterze naukowym/ edukacyjnym,*źródło weryfikacji:* *ksero zaświadczenia organizatora/ ksero dyplomu/* | □1-2(1 pkt) | □3 i więcej(2 pkt) |
| **orzeczenie o niepełnosprawności***źródło weryfikacji:* *ksero orzeczenia* | □(2 pkt) |

1. Ja niżej podpisany/a zgłaszam swoje uczestnictwo w projekcie pn.: **„Medicus – centrum symulacji medycznej UJK”** o numerze **POWR.05.03.00-00-0004/18**, realizowanym przez Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu, akceptuję jego postanowienia
i spełniam określone w nim kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie.
3. Oświadczam, że posiadam status studenta wskazanym w niniejszym formularzu w punkcie IV INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU STUDENTA COLLEGIUM MEDICUM UJK oraz zobowiązuję się do natychmiastowego pisemnego poinformowania o skreśleniu z listy studentów
4. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. **Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody2** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych
w powyższym formularzu do Projektu pn.: „Medicus – centrum symulacji medycznej UJK” przez Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, 25-369 Kielce, ul. Żeromskiego 5 (administratora danych osobowych).

Jestem świadomy/a faktu, że:

1. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udziału w postępowaniu rekrutacyjnym,
2. odmowa zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest równoznaczna z brakiem rozpatrywania zgłoszenia kandydata do projektu,
3. dane osobowe będą przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody,
4. dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji procesu rekrutacji do Projektu,
5. dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji procesu rekrutacji do Projektu oraz przez okres przechowania tego typu dokumentacji, który wynika z odrębnych przepisów,
6. odbiorcami danych mogą być podmioty upoważnione na mocy przepisów prawa
oraz podmioty, z którymi administrator zawrze stosowne umowy w zakresie realizacji usług zewnętrznych wiążących się z przetwarzaniem danych osobowych,
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
8. posiada Pani/Pan prawo do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie danych osobowych; wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych w oparciu o tę podstawę, które nastąpiło przed jej wycofaniem; wycofanie zgody musi mieć formę pisemną,
9. przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
10. w przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych może Pan/Pani skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych UJK pisząc na adres e-mail: iod@ujk.edu.pl.

 Kielce, ……………………………… r. …………………..……………………….…

 (**czytelny podpis** Kandydata do projektu)

1. W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione. [↑](#footnote-ref-1)