Załącznik nr 1

do Regulaminu rekrutacji studentów do udziału

w Programie Mobilności Studentów Uczelni Medycznych MOSTUM w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.



**UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI**

# FORMULARZ APLIKACYJNY PROGRAM MOBILNOŚCI STUDENTÓW UCZELNI MEDYCZNYCH MOSTUM

|  |
| --- |
| **DANE STUDENTA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE MOSTUM**  |
| Imię  |   |
| Nazwisko  |   |
| PESEL  |   |
| Uczelnia macierzysta  |   |
| Kierunek studiów  |   |
| Forma kształcenia  |   |
| Rok studiów, semestr  |   |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI STUDENTA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE MOSTUM**  |
| Ulica, numer domu i mieszkania   |   |
| Kod pocztowy, miejscowość   |   |
| Numer telefonu   |   |
| E-mail:   |   |

|  |
| --- |
| **FORMA STUDIOWANIA NA UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM W ŁODZI W RAMACH** **PROGRAMU MOSTUM, O KTÓRĄ UBIEGA SIĘ STUDENT**  |
| Kierunek studiów  |   |
| Forma kształcenia  |   |
| Rok studiów  |   |
| Rok akademicki  | 20......../20........  |
| Semestr [zimowy, letni, zimowy i letni]  |   |

|  |
| --- |
| **ŚREDNIA OCEN Z DOTYCHCZASOWEGO OKRESU STUDIÓW W UCZELNI** **MACIERZYSTEJ STUDENTA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE** **MOSTUM**  |
|    |

|  |
| --- |
| **OSIĄGNIĘCIA ORGANIZACYJNE I NAUKOWE STUDENTA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE MOSTUM**  |
|        |

|  |
| --- |
| **PODPIS STUDENTA UBIEGAJACEGO SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE MOSTUM**  |
| Data.................... Czytelny podpis..................................................................................................................................  |

|  |
| --- |
| **OPINIA WŁAŚCIWEGO DZIEKANA MACIERZYSTEJ UCZELNI**  |
|      |
| Data.................... Pieczęć i podpis ...................................................................  |

|  |
| --- |
| **OPINIA KOORDYNATORA PROGRAMU MOSTUM MACIERZYSTEJ UCZELNI**  |
|      |
| Data.................... Pieczęć i podpis.......................................................  |

*Formularz należy złożyć do 1 czerwca w formie papierowej osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego w Biurze Obsługi Studiów (Pl. Hallera 1B, pok. 209, 90-647 Łódź), a w formie elektronicznej przesłać na adres: bos@umed.lodz.pl.*

# Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w formularzu aplikacyjnym przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi (adres: Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź), w celu na potrzeby przeprowadzenia procesu rekrutacji do Programu MOSTUM.

 ………………………..……………

 (data i czytelny podpis Kandydata/ki)

# Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy że:

1. Administratorem danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Al. Kościuszki 4.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pośrednictwem adresu mailowego:

iod@umed.lodz.pl

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:
	1. przeprowadzenia procesu rekrutacji do Programu MOSTUM, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
	2. zawarcia porozumienia o programie zajęć, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
	3. realizacji potrzeby zamieszkania w domu studenckim, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
	4. wykonania przez Administratora obowiązków sprawozdawczych, statystycznych i archiwizacyjnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych,
2. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym u administratora do przetwarzania danych osobowych, podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, w oparciu o dane osobowe nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, nie będą one podlegały również profilowaniu.
3. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do przeprowadzenia realizacji celów przetwarzania, jednak nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji, a w przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, nie dłużej niż do momentu wycofania Pani/Pana zgody.
4. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych, przy czym prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
5. .Podanie Pani/Pana danych osobowych nie jest obowiązkowe, aczkolwiek niezbędne do realizacji celów, do których zostały zebrane. Niepodanie danych będzie skutkowało niemożnością wzięcia udziału w procesie kwalifikacji oraz wzięcia udziału w MOSTUM.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem - w granicach określonych w przepisach prawa.

Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią wskazanych wyżej informacji.

 ………………………..……………

 (data i czytelny podpis Kandydata/ki)