



Numer wniosku: _____ Data i godzina wpływu: _____
(wypełnia Specjalista ds. rekrutacji i promocji)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do udziału w projekcie pn.: „START – poprawa dostępności Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku”

Szkolenie: „Dostępność cyfrowa (dokumenty, strony internetowe) zgodnie z WCAG”

I. Dane kandydata/kandydatki do udziału w szkoleniu:

- Imię/imiona: _____
- Nazwisko: _____
- Adres e-mail: _____
- Telefon kontaktowy: _____
- Tytuł zawodowy/stopień naukowy: _____
- Jednostka Organizacyjna Uczelni: _____
- Preferowana forma kontaktu poza pocztą elektroniczną:
 - ☐ telefon
 - ☐ kontakt osobisty w Biurze Projektu

II. Do której grupy osób zatrudnionych na UMB Pan/Pani należy:

- ☐ nauczyciele akademicki
- ☐ pracownicy niebędący nauczycielami akademickimi
- ☐ kadra kierownicza

III. Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnościami:

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ odmowa odpowiedzi



IV. W przypadku posiadania szczególnych potrzeb, np. wynikających z niepełnosprawności, jakie dostosowania pomogłyby Panu/Pani w komfortowym uczestnictwie w szkoleniu?

- ☐ wydrukowane materiały szkoleniowe (dodatkowo do wersji cyfrowej)
- ☐ materiały szkoleniowe wydrukowane większą czcionką niż standardowa
- ☐ pętla indukcyjna / System FM wspomagający słyszenie
- ☐ tłumaczenie na Polski Język Migowy
- ☐ obecność asystenta osoby z niepełnosprawnością
- ☐ zapewnienie warunków dla psa asystującego (koc, miska z wodą, miejsce do wyprowadzenia)
- ☐ dostosowane stanowisko szkoleniowe - w jaki sposób?
- ☐ dostosowane przerwy w szkoleniu - w jaki sposób?
- ☐ inne (jakie?):

V. Uwagi/dodatkowe ważne informacje

.....

VI. Oświadczenia

1. Oświadczam, że:

- a) jestem zatrudniony/zatrudniona w UMB co najmniej na okres otrzymywania wsparcia w Projekcie,
- b) zgłaszam chęć udziału w projekcie „START – poprawa dostępności Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku”,
- c) w przypadku zakwalifikowania mnie do projektu zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniu,
- d) zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „START – poprawa dostępności Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku” i zobowiązuję się do jego przestrzegania.



2. Przyjmuję do wiadomości, że:

- a) 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,
- b) 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,
- c) moje dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., (RODO, dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027),
- d) 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,
- e) moje dane osobowe przechowywane będą do czasu rozliczenia programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji,
- f) posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, na zasadach określonych w RODO,
- g) w celu skorzystania z praw, o których mowa w pkt f, mogę się skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych poprzez dane podane w pkt b,
- h) 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 2016 r.,



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- i) na podstawie podanych danych osobowych nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje, w tym nie będzie wykonywane profilowanie,
- j) podanie danych jest niezbędne do przeprowadzenia procesu rekrutacji.

Data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki: _____

Zgoda kierownika jednostki:

Wyrażam zgodę na udział ww. pracownika w szkoleniu.

Data i czytelny podpis Kierownika Jednostki UMB: _____