**Wniosek studenta o udział w Programie MOSTUM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko studenta:** | **PESEL:**  |
| **Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania):** |
| **Adres do korespondencji (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania):** |
| **E-mail:**  | **Numer telefonu:**  |
| **Nazwa Uczelni macierzystej, Wydział:**  |
| **Kierunek studiów:**  | **Rok studiów:**  |

**Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Centrum Edukacji Medycznej**

**Aleje Racławickie 1
20-059 LUBLIN**

Proszę o zakwalifikowanie mnie na studia w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie w roku akademickim ........./........... na semestr zimowy/ semestr letni/ rok akademicki\*

na...............................................................................................................................................................................................................

/nazwa Wydziału Uniwersytetu/

na kierunku ...........................................................................................................................................

Do wniosku załączam :

- zaświadczenie o średniej ocen z dotychczasowego okresu studiów oraz średniej ocen uzyskanej za ostatni zaliczony semestr studiów (dotyczy zamkniętych okresów zaliczeniowych: TAK / NIE \*)

- zaświadczenie o posiadaniu statusu studenta oraz potwierdzenie przez uczelnię macierzystą, że student:

1. nie przebywa na urlopie od zajęć udzielonym zgodnie z Regulaminem studiów,
2. nie toczy się wobec niego postępowanie wyjaśniające lub dyscyplinarne,
3. nie został ukarany karą dyscyplinarną. TAK / NIE \*.

Deklaruję chęć zakwaterowania w domu studenckim: TAK / NIE \*

Oświadczam, że zapoznała(e)m się z *„Zasadami wymiany studentów studiów stacjonarnych w ramach Programu Mobilności Studentów Uczelni Medycznych MOSTUM realizowanego w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie”*

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Dane osobowe zawarte w formularzu zgłoszeniowym przekazuję mając świadomość, iż ich podanie jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji celu przetwarzania, tj. rekrutacji i udziału w programie. Posiadam wiedzę, iż Administratorem Danych Osobowych zgromadzonych w związku z ubieganiem się o przyjęcie na szkolenie i kształceniem jest Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Racławickich 1, 20-059 Lublin.

Uniwersytet Medyczny w Lublinie jako administrator danych osobowych informuje, że zgromadzone dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji oraz udziału w programie w stosunku do osób zakwalifikowanych do udziału w programie, a także celach statystycznych i archiwalnych, jak również ustalenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń, w związku z realizacją prawnie uzasadnionego interesu Administratora Danych. Podstawą przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 pkt b 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 (RODO) tj. fakt, że jest to niezbędne do wykonania umowy, której jestem stroną oraz działań na moje żądanie przed jej zawarciem.

Dane nie będą przedmiotem sprzedaży i udostępniania podmiotom zewnętrznym, za wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa, nie będą również przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych. Będą one przetwarzane w okresie realizacji programu, a także archiwizacji dokumentacji po zakończeniu udziału w programie, zgodnie z przepisami prawa i procedurami Uniwersytetu, zaś w przypadku ewentualnych roszczeń w okresach wynikających z przepisów prawa powszechnego. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, a także - w przypadkach przewidzianych przepisami prawa - ograniczenia przetwarzania danych, przenoszenia danych, ma prawo również złożyć skargę do organu nadzorczego. Dane nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu, nie będą w oparciu o nie podejmowane jakiekolwiek decyzje w sposób zautomatyzowany, nie będą one podlegały profilowaniu.

Administrator danych osobowych powołał osobę nadzorującą prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którą można skontaktować się pod adresem: iod@umlub.pl .

Zostałem poinformowany o planowanej formie i zakresie wykorzystania moich danych, jak również podstawach przetwarzania danych i przysługujących mi prawach, a także, że złożenie niniejszego formularza jest dobrowolne, jednak konieczne w realizacji celu przetwarzania.

………………………………………………

 Data i czytelny podpis studenta

|  |
| --- |
| **Opinia Dziekana Wydziału Uczelni macierzystej:** **………………………………………………**  **Data, pieczęć, podpis Dziekana** |
| **Opinia Uczelnianego Koordynatora MOSTUM w Uczelni macierzystej:**  **………………………………………………**  **Data, pieczęć, podpis Koordynatora** |