**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

W związku z przystąpieniem do projektu „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej
w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru ochrony zdrowia, Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych:

**Ja niżej podpisana/-ny, …………………………………………………………………………………,**

**zamieszkała/-ły …………………………………………………………………………………………,**

**PESEL ………………………………………………………………………………………………….,**

1. deklaruję udział w projekcie pn. „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika”, nr POWR.05.03.00-00-0004/15 i tym samym zobowiązuję się do uczestnictwa w następujących zajęciach dodatkowych (należy zaznaczyć wyłącznie jedne zajęcia):
* Poród fizjologiczny w terminie 12.06.2018 r. godz. 12.00 – 15.45;
* Poród fizjologiczny w terminie 20.06.2018 r. godz. 9.00 – 12.45;
* Poród fizjologiczny w terminie 25.06.2018 r. godz. 9.00 – 12.45;
* Pacjent psychiatryczny (scenariusz dla kierunku lekarskiego i pielęgniarstwo) w terminie 20.06.2018 r. godz. 11.00 – 14.45;
* Pacjent psychiatryczny (scenariusz dla kierunku lekarskiego i położnictwo) w terminie 25.06.2018 r. godz. 11.00 – 14.45.;
* ITLS International Trauma Life Support w terminie 22.06.2018 r. godz. 15.30 – 19.15.
1. oświadczam, że zapoznałam/-łem się z Regulaminem działań edukacyjno – rozwojowych dla studentów
w ramach projektu i akceptuję jego warunki;
2. oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału we wskazanym projekcie tj.:
3. jestem studentem/studentką kierunku ……………………….. studiów stacjonarnych/niestacjonarnych …………… roku.
4. zostałam/-em poinformowany, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej;
5. zostałam/-em pouczona/-y o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń i potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą;
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku, do celów związanych z promocją projektu.

…..………………………… …………… ……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

\*niepotrzebne skreślić

Uprzejmie informujemy, że

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych będzie Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z siedzibą przy ulicy Jagiellońskiej 13-15.
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest sprawne przeprowadzenie procesu rekrutacyjnego zajęcia dodatkowe dla studentów i studentek w ramach projektu „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej w CM UMK”
3. Pana/Pani dane osobowe w zakresie: imienia (imion) i nazwiska, daty urodzenia, miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz przebiegu dotychczasowego zatrudnienia będą przetwarzana na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2106/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyleniu dyrektywy 95/46/WE (RODO), tj. w oparciu o prawnie usprawiedliwiony interes wynikający z art. 221 kodeksu pracy; w pozostałym zakresie danych osobowych i informacji o Panu/Pani podanych przez Pana/Panią będą one przetwarzane w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, tj. w oparciu o zgodę.
4. Podane przez Pana/Panią dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania projektu oraz w okresie jego trwałości.
5. Przysługuje Panu/Pani prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w systemach informatycznych.
6. Przysługuje Panu/Pani prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w każdym momencie, ale nie ma to wpływu na przetwarzanie, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale odmowa ich podania lub brak zgody na ich przetwarzanie niestety uniemożliwi wzięcie udziału w procesie rekrutacji.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Jeżeli chcesz skontaktować się z Uczelnią w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności w związku z wniesieniem wniosku o realizację Pana/Pani praw proszę korzystać z adresu mailowego: abi@umk.pl lub pisz na adres: UMK w Toruniu, ul. Gagarina 11, 87-100 Toruń, z dopiskiem „ABI”.

Po zapoznaniu się z treścią powyższej informacji wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez UMK w Toruniu dla celu związanego z rekrutacją na zajęcia dodatkowe w ramach projektu „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej w CM UMK”

Tak [ ] Nie [ ] (właściwe zaznaczyć) ………………………………………………….

 data i podpis