 **KWESTIONARIUSZ**

**KANDYDATA DO UDZIAŁU W WYMIANIE STUDENTÓW**

**W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+ PRAKTYKI**

**W ROKU AKADEMICKIM 2021/2022**

|  |  |
| --- | --- |
| ***NAZWISKO:*** | ***ADRES STAŁY:*** |
| ***IMIĘ / IMIONA:*** | ***ADRES KORESPONDENCYJNY:***  ***Telefon komórkowy:***  ***Telefon stacjonarny:*** |
| ***DATA URODZENIA:*** | ***E-MAIL:*** |
| ***MIEJSCE URODZENIA:*** | ***PESEL:*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYDZIAŁ:**  ⬜ WYDZIAŁ LEKARSKI  ⬜ WYDZIAŁ LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY  ⬜ WYDZIAŁ MEDYCZNY  ⬜ WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY  ⬜ WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU    **kierunek:** …………………………………………...………… | **OBECNY ROK STUDIÓW:** | |
| ⬜ I | ⬜ IV |
| ⬜ II | ⬜ V |
| ⬜ III | ⬜ VI |
| STUDIA DZIENNE ⬜ STUDIA WIECZOROWE ⬜ STUDIA DOKTORANCKIE ⬜ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ROK ROZPOCZĘCIA STUDIÓW**  **NA WARSZAWSKIM UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM:** | **INNE UCZELNIE I WYDZIAŁY NA KTÓRYCH**  **PAN/PANI STUDIOWAŁ/A (STUDIUJE):**  1. ..................................................................... w latach ..............  2. ..................................................................... w latach ..............  3. ..................................................................... w latach .............. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ŚREDNIA OCEN ZE WSZYSTKICH**  **LAT STUDIÓW:** | **ŚREDNIA OCEN**  **Z POSZCZEGÓLNYCH LAT STUDIÓW:** |
| I ROK: |
| II ROK: |
| III ROK: |
| IV ROK: |
| V ROK: |
| VI ROK: |

|  |  |
| --- | --- |
| ***KOŁA NAUKOWE DO KTÓRYCH***  ***PAN/PANI NALEŻY:***  *(dotyczy tylko studentów st. I i II stopnia)* | ***NAZWISKO OPIEKUNA KOŁA:*** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***OPINIE OPIEKUNÓW KÓŁ NAUKOWYCH:*** | | | | |
|  | | | | |
| ***ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH*** | | | | |
| **JĘZYK OBCY** | **POZIOM** | | | **POSIADANE CERTYFIKATY (załączyć kopię)** |
| **PODSTAWOWY** | **ŚREDNIO-ZAAWANSOWANY B1-B2** | **ZAAWANSOWANY** |
| *Angielski* |  |  |  |  |
| *Niemiecki* |  |  |  |  |
| *Francuski* |  |  |  |  |
| *Włoski* |  |  |  |  |
| *Hiszpański* |  |  |  |  |
| *Portugalski* |  |  |  |  |
| *Inne:*  *1.*  *2.* |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***KURSY JĘZYKOWE (proszę załączyć kopie świadectw odbytych kursów z określonym poziomem kursu)*** | |
| ***NAZWA KURSU*** | ***SZKOŁA JĘZYKOWA / INSTYTUCJA*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| ***CZY STUDIOWAŁ/A PAN/PANI KIEDYKOLWIEK ZA GRANICĄ LUB BRAŁ/A UDZIAŁ W PRAKTYKACH ZAGRANICZNYCH W RAMACH PROGRAMU ERASMUS?***    **STUDIA ERASMUS:**Tak ⬜ Nie ⬜ DŁUGOŚĆ POBYTU (w miesiącach): ………………….  **PRAKTYKI ERASMUS:**Tak ⬜ Nie ⬜ DŁUGOŚĆ POBYTU (w miesiącach): …………………. |

|  |
| --- |
| ***OŚWIADCZAM, IŻ POBIERAM STYPENDIUM SOCJALNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO:***  Tak ⬜ Nie ⬜ |
| ***Oświadczam, iż posiadam orzeczenie/a o stopniu niepełnosprawności:***  Tak ⬜ Nie ⬜ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***PREFEROWANY CZAS TRWANIA PRAKTYK:*** | 2 miesiące ⬜ 3-12 miesięcy ⬜ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***KRAJ ODBYWANIA PRAKTYKI:*** | |
| ***MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYKI:***  *(dokładna nazwa i adres instytucji zagranicznej)* | |
| ZASADY OTRZYMYWANIA STYPENDIUM  ***W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+***  Studenci wyjeżdżający na praktykę za granicę w ramach Programu Erasmus+ otrzymują od Komisji Europejskiej stypendium w formie miesięcznych grantów. Grant przyznawany studentowi nie pokrywa w całości kosztów utrzymania za granicą, a jedynie różnicę w kosztach utrzymania pomiędzy Polską a krajem uczelni przyjmującej. Pozostałą część kosztów utrzymania pokrywa student ze środków własnych.  Oświadczam, że zapoznałem/am się z wyżej wymienionymi zasadami  *................................................................*  *(podpis studenta)* |

**OBOWIĄZEK INFORMACYJNY WUM**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych - RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)  informujemy, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych jest Warszawski Uniwersytet Medyczny z siedzibą przy ul. Żwirki i Wigury 61, w Warszawie (kod pocztowy: 02-091).

2. Kontakt do Inspektora Danych Osobowych WUM: tel. 22-57-20-320; iod@wum.edu.pl.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z zatrudnieniem w Uczelni na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w zw. z art. 221 § 2 Kodeksu Pracy, w pozostałym zakresie na podstawie zgody wyrażonej w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

4. Pani/Pana dane osobowe nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych przez przepisy prawa.

5. Dostęp do Pani/Pana danych osobowych wewnątrz struktury organizacyjnej Uczelni będą mieć wyłącznie upoważnieni przez Administratora pracownicy w niezbędnym zakresie.

6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 50 lat od zakończenia zatrudnienia w Uczelni.

7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania (z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO), a także prawo do przenoszenia danych.

8. Nie przysługuje Pani/Panu:

a) prawo sprzeciwu w związku z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych na podstawie art. 6 lit. b RODO lub w określonych przypadkach na podstawie art. 6 lit. a RODO,

b) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d oraz e RODO prawo do usunięcia danych osobowych.

9. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.

10. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w zakresie określonym w art. 221 § 2 Kodeksu Pracy, w pozostałym zakresie dobrowolne. W zakresie danych ujawnionych dobrowolnie może Pan/Pani cofnąć zgodę na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

11. Pana/Pani dane osobowe mogą być przekazywane do państwa trzeciego. W przypadku zaistnienia takiej sytuacji zostanie Pani/Pan poinformowana/poinformowany o podjętych przez Administratora działaniach zgodnie z rozdziałem V ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

12. Decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.

***Wyrażam zgodę na udostępnienie swojego adresu e-mail studentom - potencjalnym kandydatom na wyjazd.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(data) (podpis studenta)*

***UWAGA:*** *DO KWESTIONARIUSZA NALEŻY DOŁĄCZYĆ* ***LIST INTENCYJNY*** *(tj. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA NA PRAKTYKĘ) Z MIEJSCA ODBYWANIA PRAKTYK.*