



Załącznik nr 2. do Regulaminu Programu
„Student Asystentem Lekarza”

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE O DZIAŁALNOŚCI W STUDENCKIM KOLE NAUKOWYM

Imię i nazwisko:

Numer albumu:

Rok studiów:

Nazwa Organizacji:

Numer Organizacji w Spisie Uczelnianych Organizacji Studenckich:

Lata działalności studenta/ki w Organizacji:

Niniejszym zaświadcza się, że w/w student/ka aktywnie włącza się w działalność Studenckiego Koła Naukowego, działającego na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Dotychczasowa działalność polegała na (proszę zaznaczyć/wypisać formę aktywności studenckiej):

☐ Aktywne uczestnictwo w spotkaniach Koła Naukowego, przez co rozumie się wygłaszanie prezentacji, referatów oraz inne formy wystąpień publicznych w ramach spotkań Koła Naukowego.

☐ Bierne uczestnictwo w spotkaniach Koła Naukowego.

☐ Aktywne uczestnictwo w Konferencjach Naukowych, przez co rozumie się autorstwo lub współautorstwo prac prezentowanych na Konferencji Naukowej (potwierdzone właściwym zaświadczeniem uczestnictwa w Konferencji Naukowej oraz potwierdzeniem autorstwa/współautorstwa prezentowanej pracy).

☐ Bierne uczestnictwo w Konferencjach Naukowych.

☐ Działalność naukową, przez co rozumie się autorstwo lub współautorstwo artykułów naukowych opublikowanych w czasopiśmie naukowych (udokumentowaną właściwym zaświadczeniem/wydrukiem opublikowanej pracy naukowej).

☐ Aktywne uczestnictwo w warsztatach umiejętności praktycznych, organizowanych przez Koło Naukowe (potwierdzone właściwym zaświadczeniem uczestnictwa w warsztatach, z wyszczególnieniem rodzaju warsztatu oraz nabytych kompetencji praktycznych).

☐ Studenckiej działalności dyżurowej w ramach Koła Naukowego.

☐ Innych aktywnościach (proszę wymienić inne formy działalności)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis Przewodniczącego Organizacji

.....
podpis i pieczęć Opiekuna Organizacji

Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych (RODO)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (RODO), przekazuje się następujące informacje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych są:
 - a. **Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu** z siedzibą przy ul. J. Mikulicza-Radeckiego 5, 50-345 Wrocław.
 - b. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, z siedzibą przy ul. Borowskiej 213, 50-556 Wrocław.
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji do Programu „Student Asystentem Lekarza” oraz ewentualnej dalszej współpracy w ramach wolontariatu i zatrudnienia.
3. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwi uczestnictwo w procesie rekrutacyjnym.
4. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów rekrutacyjnych oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. W przypadku naruszenia zasad ochrony danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.