

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Nr.....
wypełnia biuro projektu

Formularz rekrutacyjny
dotyczący uczestnictwa w studiach podyplomowych finansowanych w ramach projektu pn.:
„Innowacyjny program strategicznego rozwoju Uczelni”

Dane aplikującego	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	Jednostka	
	Telefon kontaktowy	
	Adres poczty e-mail	

Deklaruję udział w projekcie i wyrażam chęć uczestnictwa w studiach podyplomowych
.....
w ramach projektu: pn.: „Innowacyjny program strategicznego rozwoju Uczelni”,
współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego z Programu
Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Priorytet III Szkolnictwo Wyższe dla Gospodarki
i Rozwoju, działanie 3.5. Kompleksowe programy szkół wyższych.

.....
miejsowość, data, czytelny podpis kandydata/ki

Oświadczam, że jestem/nie jestem osoba niepełnosprawną.*

.....
miejsowość, data, czytelny podpis kandydata/ki

Oświadczam, że stanowią kadre kierowniczą / administracyjną* Uniwersytetu Rolniczego
im. Hugona Kollątaja w Krakowie.

Zajmowane stanowisko:.....

Staż pracy na Uniwersytecie Rolniczym im. Hugona Kollątaja w Krakowie lat.

.....
miejsowość, data, czytelny podpis kandydata/ki

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym do projektu zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) w zakresie niezbędnym do realizacji projektu „Innowacyjny program strategicznego rozwoju Uczelni”.

.....
miejsowość, data, czytelny podpis kandydata/ki

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z regulaminem uczestnictwa w studiach podyplomowych i spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie oraz zostałam/łam pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
miejsowość, data, czytelny podpis kandydata/ki

* niepotrzebne skreślić