



## Confirmation of Erasmus Staff Mobility for Teaching / Training<sup>1</sup> in the 20... /20... academic year

*To the Institutional Coordinator of Erasmus+ Programme at University of Medical Science in Białystok*

Participant's name	
Sending Institution	University of Medical Science in Białystok ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, Poland phone no. +48 536 931 222 e-mail: j.kozłowska@wsmed.pl
Receiving Institution	
Type of mobility <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Staff Mobility for Teaching <input type="checkbox"/> Staff Mobility for Training
Title of the course / subject of the training	
Duration of the mobility (DD/MM/YYYY)	From ___ / ___ / _____ to ___ / ___ / _____
Total number of teaching hours <sup>2</sup>	

We hereby confirm that the above mentioned participant, the employee of University of Medical Science in Białystok took part in the above mentioned Staff Mobility for Teaching/Training<sup>1</sup> organized by our institution in the framework of the Erasmus+ Staff Mobility for Teaching/Training<sup>1</sup> action and completed the training / teaching\* program set in the Mobility Agreement.

**Date**.....

**Signature and stamp of the receiving institution**.....

<sup>1</sup> Mark as appropriate

<sup>2</sup> In the case of Staff Mobility for Teaching



### Klauzula informacyjna

W związku z wejściem w życie Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) chcielibyśmy poinformować Państwa o szczegółach dotyczących zasad przetwarzania Państwa danych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna z siedzibą przy ul. Krakowskiej 9 15-875 Białystok;
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: [inspektor@ochronadanych.hub.pl](mailto:inspektor@ochronadanych.hub.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udziału w programie Erasmus+ Mobilność Edukacyjna (KA131lub KA171));
4. Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych;
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane;
6. Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa (współadministrator danych Programu Erasmus+ Narodowa Agencja Programu Erasmus+ (NA), Komisja Europejska, uczelnia partnerska oraz organizacja przyjmująca, do której został/a Pan/Pani zakwalifikowany/a);
7. Dane przechowywane będą przez okres 5 lat od otrzymania pisma z NA zamykającego rozliczenie projektu;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do: ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Informację o cofnięciu zgody należy wysłać na adres [inspektor@ochronadanych.hub.pl](mailto:inspektor@ochronadanych.hub.pl)
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis uczestnika wyjazdu)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/ wypowiedzi przez WSMED, dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją projektu Erasmus+ Mobilność Edukacyjna (KA131 lub KA 171). Zgadzam się aby fotografie wykonane podczas danej formy wsparcia: pobytu dydaktycznego/szkoleniowego mogły zostać umieszczone na stronie internetowej Projektu.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis uczestnika wyjazdu)