



Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że w ramach programu Erasmus:

- nie zrealizowałam/-łam żadnych wyjazdów.
- zrealizowałam/-łam niżej wymienione wyjazdy

L P.	Rok akademicki	Rodzaj wyjazdu (studia/praktyki)	Nazwa Uczelni zagranicznej/firmy	Okres pobytu od...do	Ilość miesiący (z dokładnością do 1/2 m-ca)	Rok i poziom studiów w trakcie wyjazdu
1.						

.....

Data i miejsce

.....

Podpis studenta



Załącznik 19 do regulaminu WSMED dot. wyjazdów w ramach programu Erasmus+

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
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udziału w programie Erasmus+ Mobilność Edukacyjna (KA131);
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
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). 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)