Załącznik nr 5

do Uchwały Senatu nr 31/2016 z dnia 23.03.2016r.

**Regulamin rekrutacji**

**na I edycję niestacjonarnych studiów podyplomowych**

**„Interdyscyplinarna Opieka Psychogeriatryczna”**

**na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**

**w roku akademickim 2016/2017**

§1

Niniejszy Regulamin określa warunki i tryb rekrutacji na I edycję niestacjonarnych studiów podyplomowych „Interdyscyplinarna Opieka Psychogeriatryczna” na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w roku akademickim 2016/2017.

§2

1. Uczestnictwo w studiach jest płatne.

2. Rekrutacja na niestacjonarne Studia Podyplomowe odbywa się w trybie postępowaniakwalifikacyjnego.

4. Studia podyplomowe obejmują dwa semestry.

5. Studia w całości prowadzone są w języku polskim.

§3

Do postępowania kwalifikacyjnego dopuszczona zostanie osoba, która:

1. jest obywatelem polskim lub cudzoziemcem,
2. jest absolwentem kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa, położnictwa, psychologii, pedagogiki, fizjoterapii lub zdrowia publicznego,
3. posiada:

a) dyplom ukończenia studiów II stopnia lub równorzędny, lub

b) dyplom ukończenia studiów II stopnia lub równorzędny nadany przez inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej, lub

c) dyplom ukończenia studiów II stopnia lub równorzędny nadany przez inne państwo niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod warunkiem że dyplom nadający ten tytuł został uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny zgodnie z odrębnymi przepisami.

§4

1. Kandydat na studia podyplomowe składa w Dziekanacie Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB formularz rekrutacyjny (załącznik nr 1 do Regulaminu) wraz z załącznikami w wersji papierowej.

2. Do formularza rekrutacyjnego, o którym mowa w ust. 1 należy dołączyć:

1) odpis dyplomu ukończenia studiów wyższych,

2) dwie fotografie o wymiarach 35 mm x 45 mm bez nakrycia głowy na jasnym tle (zgodnie z wymaganiami obowiązującymi przy wydawaniu dowodów osobistych),

3) kserokopię dowodu osobistego.

§5

1. O przyjęciu na studia decyduje Komisja Rekrutacyjna, w której skład wchodzi Kierownik Studiów Podyplomowych dr Mateusz Cybulski, Kierownik Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB prof. Elżbieta Krajewska-Kułak oraz Kierownik Kliniki Psychiatrii UMB dr hab. Napoleon Waszkiewicz.

Do zadań Komisji Rekrutacyjnej należy:

1) podejmowanie decyzji o dopuszczeniu kandydata do postępowania kwalifikacyjnego,

2) ustalenie harmonogramu postępowania kwalifikacyjnego,

3) przeprowadzenie postępowania kwalifikacyjnego,

4) przygotowanie protokołów z postępowania kwalifikacyjnego,

5) wydawanie decyzji.

§6

1. Komisja Rekrutacyjna przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne w oparciu o dokumentację,  
o której mowa w §~~4~~ ust. 2.

2. O przyjęciu decyduje kolejność zgłoszeń. Rekrutacja odbywa się bez egzaminów wstępnych.

3. Wyniki postępowania kwalifikacyjnego są jawne.

§7

1. Na studia podyplomowe może zostać przyjętych minimum 20, maksimum 60 osób.

2. W wyniku postępowania kwalifikacyjnego zostanie utworzona lista rankingowa osób przyjętych na studia podyplomowe oraz lista rezerwowa.

3. W przypadku, gdy liczba kandydatów będzie mniejsza niż 20 osób, kierunek nie zostanie otworzony.

§8

1. Komisja rekrutacyjna podejmuje decyzję o zakwalifikowaniu kandydata na studia podyplomowe, umieszczając go na liście rankingowej lub o umieszczeniu kandydata na liście rezerwowej. Informacja o zakwalifikowaniu kandydata na listę rankingową lub umieszczeniu na liście rezerwowej przekazana zostanie na adres e-mail podany w formularzu przez kandydata.

2. Po zakwalifikowaniu kandydata na listę rankingową, kandydat zobowiązany jest dostarczyć w ciągu 7 dni do Dziekanatu Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB podpisaną w dwóch egzemplarzach umowę o uczestnictwo w studiach oraz potwierdzenie uiszczenia opłaty za I semestr studiów w wysokości 1400,00 zł.

3. W przypadku niezłożenia przez kandydata dokumentów określonych w § 9 ust. 2 we wskazanym terminie, zostaje on skreślony z listy rankingowej, a w jego miejsce wchodzi kolejna osoba z listy rezerwowej.

4. Lista rankingowa będzie uzupełniona o kandydatów z listy rezerwowej do wyczerpania limitu miejsc na studiach podyplomowych.

§9

Szczegółowy harmonogram określający terminy i warunki postępowania rekrutacyjnego oraz terminy rozpoczęcia i zakończenia procesu rekrutacji zostaną podane na podstronie internetowej studiów podyplomowych w domenie UMB (http://umb.edu.pl). Za datę złożenia dokumentów rekrutacyjnych przyjmuje się datę ich wpłynięcia w wersji papierowej do Dziekanatu Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Szpitalna 37, 15-295 Białystok, tel. (85) 748 55 11, e-mail: pieleg@umb.edu.pl.

§10

Po ostatecznym ustaleniu listy rankingowej osób przyjętych na studia podyplomowe, każda osoba otrzyma pisemną decyzję o przyjęciu na studia podyplomowe.

**Załącznik nr 1**



**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY NA STUDIA PODYPLOMOWE**

**INTERDYSCYPLINARNA OPIEKA PSYCHOGERIATRYCZNA**

.................................................................................................................

1. Imię (imiona): .........................................................................................................................

Nazwisko: ............................................................................................................................... a) nazwisko rodowe: ................................................................................................................

b) imiona rodziców: ................................................................................................................

*(matka) (ojciec)*

2. Data urodzenia: ...... - ..... - ............... ................................................. ..............................

*(dzień-miesiąc-rok) (miejsce urodzenia) (województwo)*

3. Obywatelstwo: ................................ 4. Nr ewid. PESEL | | | | | | | | | | | |

5. Adres zameldowania: ...................................................................... .....................................

*(ulica) (nr domu, mieszkania)*

................................... ...................................................................... ....................................

*(kod pocztowy) (miejscowość, gmina) (telefon)*

Adres do korespondencji: .................................................................. .....................................

*(ulica) (nr domu, mieszkania)*

............................... .................................................................................................................

*(kod pocztowy) (miejscowość, gmina)*

………………………………………………………………………………………………..

*(telefon, e-mail)*

|  |
| --- |
| 6. Wykształcenie: .......................................................................................................................  *(nazwa uczelni)*  .....................................................................................................................................................  *(nazwa jednostki organizacyjnej prowadzącej studia wyższe)*  .....................................................................................................................................................  *(kierunek) (specjalność)*  Tytuł zawodowy: ......................................................................................................................  *(licencjat, inżynier, magister) (rok ukończenia studiów)* |
| 7. Wykształcenie uzupełniające: ..............................................................................................  .....................................................................................................................................................  .....................................................................................................................................................  .....................................................................................................................................................  *(kursy, studia podyplomowe – podać datę ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania)* |
| 8. Poziom znajomości języków obcych:  j. angielski |\_\_| |\_\_| |\_\_|  j. niemiecki |\_\_| |\_\_| |\_\_|  j. rosyjski |\_\_| |\_\_| |\_\_|  j. ...................... |\_\_| |\_\_| |\_\_|  komunikatywny średnio zaawansowany biegły [ x ] = TAK  Posiadane certyfikaty: ................................................................................................................ |
| 9. Dane zakładu pracy  Dokładna nazwa zakładu pracy: ........................................................................................  ............................................................................................................................................ Adres: ................................................................................................................................  ............................................................................................................................................ Numer identyfikacji podatkowej (NIP): |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|  Kontakt: .............................................................................................................................  *(telefon, fax, e-mail)*  Białystok, dn. .......................................... Podpis ........................................................... |
| 10. Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1, 2, 4 i 5 są zgodne z dowodem osobistym:  seria i numer: ...................................... wydanym przez ................................................  .................................................................... w ................................................................  albo innym dowodem tożsamości ..................................................................................  ......................................................................................................................................... |

................................................................. ......................................................................

*(miejscowość i data) (podpis osoby składającej kwestionariusz osobowy)*

**O ś w i a d c z e n i e:**

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Studiów** **Podyplomowych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku uchwalonego przez Senat UMB.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej ankiecie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji i organizacji zajęć studiów podyplomowych (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135, z późn. zm.).**

.........................................................

*(podpis kandydata)*