

Pieczętka jednostki organizacyjnej Uczelni:

**OŚWIADCZENIE O KOMPETENCJACH I DOŚWIADCZENIU INNYCH OSÓB PROWADZĄCYCH
ZAJĘCIA DYDAKTYCZNE (wymagane przez system Pol-on)
(na podstawie umowy zlecenia/powierzenia realizacji zajęć)**

Nazwa jednostki zatrudniającej pracownika:

Imię i nazwisko pracownika:

PESEL (w przypadku braku - rodzaj i nr dok. potwierdzającego tożsamość

Obywatelstwo i nazwa państwa urodzenia

Tytuł zawodowy ^A	Kierunek studiów	Rok uzyskania	Podmiot nadający tytuł

Stopień/tytuł naukowy ^B	Dziedzina/dyscyplina	Rok uzyskania	Podmiot nadający stopień/tytuł

Kierunek, rok oraz stopień studiów ¹ (I°; II°; JSM, DR)	Nazwa przedmiotu	Język wykładowy (polski/ angielski)	Forma studiów (stacjonarne /niestacjonarne)	Rodzaj zajęć (wykłady, ćwiczenia, seminaria, zajęcia praktyczne, lektoraty, prace dyplomowe)	Liczba godzin

Oświadczam, że posiadam niżej wymienione kompetencje i doświadczenie pozwalające na prawidłową realizację zajęć w ramach programu studiów na wnioskowanym kierunku studiów w UMB: ^C

- 1) nazwa instytucji, w której zostało uzyskane doświadczenie:
- a) okres zatrudnienia, w ramach którego zostało uzyskane doświadczenie od: do:;
- b) zakres zdobytego doświadczenia:
-

¹ Wpisać właściwy

.....
c) zakres posiadanych kompetencji: ^D

– naukowych:

.....

– dydaktycznych^E:

.....

– praktycznych:

.....

2) nazwa instytucji, w której zostało uzyskane doświadczenie:

a) okres zatrudnienia, w ramach którego zostało uzyskane doświadczenie od: do:;

b) zakres zdobytego doświadczenia:

.....

.....

c) zakres posiadanych kompetencji: ^F

– naukowych:

.....

– dydaktycznych^G:

.....

– praktycznych:

.....

3) nazwa instytucji, w której zostało uzyskane doświadczenie:

a) okres zatrudnienia, w ramach którego zostało uzyskane doświadczenie od: do:;

b) zakres zdobytego doświadczenia:

.....

.....

c) zakres posiadanych kompetencji: ^H

– naukowych:

.....

– dydaktycznych^I:

.....

– praktycznych:

.....

Data i podpis kierownika jednostki organizacyjnej wnioskującej o zatrudnienie pracownika na umowę-zlecenia/o powierzenie prowadzenia zajęć:

Data i podpis osoby składającej oświadczenie:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń, zgodnie z art. 113 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r. oświadczam, że:

- 1) nie zostałem/-am ukarany/-a karą dyscyplinarną, o której mowa w art. 276 ust. 1 pkt 7 i 8 Ustawy, tj.:
 - wydaleniem z pracy w uczelni z zakazem wykonywania pracy w uczelniach na okres od 6 miesięcy do 5 lat;
 - pozbawieniem prawa do wykonywania zawodu nauczyciela akademickiego na okres 10 lat;
- 2) spełniam wymagania określone w art. 20 ust. 1 pkt 1-3 Ustawy, tj.:
 - posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
 - korzystam z pełni praw publicznych;
 - nie byłem/-a skazany/-a prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej zwanego RODO) przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) Administratorem moich Danych Osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku z siedzibą ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, reprezentowany przez Rektora,
- 2) kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, adres email: iod@umb.edu.pl,
- 3) moje dane osobowe przetwarzane będą na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Uczelni tj. ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,
- 4) odbiorcą moich danych osobowych będzie Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego ,
- 5) moje dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów prawa o archiwizacji dokumentacji tj. 10 lat od zakończenia współpracy z Uczelnią,
- 6) posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania, na zasadach określonych w RODO; w celu skorzystania z praw można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych,
- 7) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 8) podanie danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego,
- 9) Na podstawie podanych danych osobowych nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje, w tym nie będzie wykonywane profilowanie.

Data i podpis osoby składającej oświadczenie:

^A w przypadku absolwentów studiów dwustopniowych należy wpisać dwa tytuły zawodowe; w przypadku posiadania

stopnia/tytułu naukowego należy wpisać również tytuł/tytuły zawodowe

^B w przypadku absolwentów studiów dwustopniowych należy wpisać dwa tytuły zawodowe; w przypadku posiadania stopnia/tytułu naukowego należy wpisać również tytuł/tytuły zawodowe

^C Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól w kolumnie: „ZDOBYTE DOŚWIADCZENIE” w co najmniej jednej instytucji. Jako zakres zdobytego doświadczenia należy wpisać np. lekarz, fizjoterapeuta, asystent, doktorant. praca na stanowisku (należy podać rodzaj stanowiska).

^D Należy wypełnić co najmniej jedno pole (kompetencje naukowe, dydaktyczne lub praktyczne). Obowiązuje limit 2000 znaków.

^E Należy wpisać np. doświadczenie w prowadzeniu zajęć z przedmiotu na kierunku, posiadanie przygotowania pedagogicznego, ukończenie szkoleń mających na celu podniesienie kompetencji dydaktycznych.

^F Należy wypełnić co najmniej jedno pole (kompetencje naukowe, dydaktyczne lub praktyczne). Obowiązuje limit 2000 znaków.

^G Należy wpisać np. doświadczenie w prowadzeniu zajęć z przedmiotu na kierunku, posiadanie przygotowania pedagogicznego, ukończenie szkoleń mających na celu podniesienie kompetencji dydaktycznych.

^H Należy wypełnić co najmniej jedno pole (kompetencje naukowe, dydaktyczne lub praktyczne). Obowiązuje limit 2000 znaków.

^I Należy wpisać np. doświadczenie w prowadzeniu zajęć z przedmiotu na kierunku, posiadanie przygotowania pedagogicznego, ukończenie szkoleń mających na celu podniesienie kompetencji dydaktycznych.