*Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 87/2020 Rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z dnia 11.09.2020 r.*

………………………………………………..

*Pieczątka jednostki organizacyjnej Uczelni*

**OŚWIADCZENIE O KOMPETENCJACH I DOŚWIADCZENIU INNYCH OSÓB PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA DYDAKTYCZNE (wymagane przez system Pol-on)**

**(na podstawie umowy zlecenie / powierzenia realizacji zajęć dydaktycznych)**

**Nazwa jednostki zatrudniającej pracownika:** ………………………………………………………………………

**Imię i nazwisko pracownika:** ………………………………………………………………………………………...

**Stopień/tytuł naukowy/zawodowy:** …………………………………………………………………………………..

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

**Obywatelstwo i nazwa państwa urodzenia** ……………………………………………………………..……………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa kierunku studiów i rok studiów**  *(I stopnia, II stopnia, jednolite mgr, studia doktoranckie, szkoła doktorska)* | **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 dydaktycznych w ramach programu studiów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **ZDOBYTE DOŚWIADCZENIE [[1]](#endnote-1)** | **ZAKRES POSIADANYCH KOMPETENCJI [[2]](#endnote-2)** |
| 1. | **Nazwa instytucji, w której zostało uzyskane doświadczenie**  ……………………………………………..  …………………………………………….. | naukowych:  ……………………………………………..  ……………………………………………..  ……………………………………………..  …………………………………………….. |
| Okres zatrudnienia, w ramach którego zostało uzyskane doświadczenie iv  od: ………..…..….. do: ………….……… | dydaktycznych**[[3]](#endnote-3)**: ……………………...………………………...……..  …………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………....  …………………………………………………………….…………... |
| Zakres zdobytego doświadczenia  ……………………………………………..  ……………………………………………..  ……………………………………………..  …………………………………………….. | praktycznych: ………………………………………..…………........  …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………… |
| 2. | **Nazwa instytucji, w której zostało uzyskane doświadczenie (kolejnej)**  ……………………………………………..  …………………………………………….. | naukowych: …………………………….............................................  …………………………………………………………...………........  ............................................................................................................... |
| Okres zatrudnienia, w ramach którego zostało uzyskane doświadczenie iv  od: ……..…..…….. do: ………………….. | dydaktycznych: ……………………...…………...…………………..  ………………………………………………………..………….........  …………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………… |
| Zakres zdobytego doświadczenia  ……………………………………………..  ……………………………………………..  ……………………………………………..  …………………………………………….. | praktycznych: …………………………………………......................  …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………… |
| 3. | **Nazwa instytucji, w której zostało uzyskane doświadczenie (kolejnej)**  ……………………………………………..  …………………………………………….. | naukowych: ………………………………..........................................  …………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………… |
| Okres zatrudnienia, w ramach którego zostało uzyskane doświadczenie [[4]](#endnote-4)  od: ………..….….. do: …………….……. | dydaktycznych: ………………………...…………...………………..  …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………… |
| Zakres zdobytego doświadczenia  ……………………………………………..  ……………………………………………..  ……………………………………………..  …………………………………………….. | praktycznych: ………………………………..………………………  …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………… |

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

*data i podpis kierownika jednostki organizacyjnej data i podpis osoby składającej oświadczenie*

*wnioskującej o zatrudnienie pracownika na umowę*

*zlecenie/o powierzenie prowadzenia zajęć dydaktycznych*

**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. (Dz. U. z 2018., poz. 1668) 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. 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](mailto:iod@umb.edu.pl),
3. moje dane osobowe przetwarzane będą na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. - 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. moje dane osobowe będą ujawnione wyłącznie osobom upoważnionym przez Administratora Danych,
5. moje dane osobowe mogą być ujawnione innym podmiotom na podstawie umowy powierzenia oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa,
6. moje dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów prawa o archiwizacji dokumentacji,
7. posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do przenoszenia danych,
8. posiadam prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu, gdy uzasadnione jest, że zachodzą okoliczności wskazane w art. 17, 18 i 21 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
9. 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.,
10. podanie danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego.

…………………………………………………

data i podpis osoby składającej oświadczenie

1. 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). [↑](#endnote-ref-1)
2. Należy wypełnić co najmniej jedno pole (kompetencje naukowe, dydaktyczne lub praktyczne). Obowiązuje limit 2000 znaków. [↑](#endnote-ref-2)
3. Należy wpisać doświadczenie w prowadzeniu zajęć z przedmiotu na kierunku. [↑](#endnote-ref-3)
4. Należy podać wartość wyrażoną w latach. W przypadku doktorantów należy podać lata kształcenia na studiach doktoranckich  
   /w szkole doktorskiej. [↑](#endnote-ref-4)