

Data wpływu wniosku do Uczelni na adres [dydaktyka.kariery@cm-uj.krakow.pl](mailto:dydaktyka.kariery@cm-uj.krakow.pl) (uzupełnia Uczelnia): .....

**WNIOSEK O UDZIAŁ W PROGRAMIE**

**edycja roku akademickiego 2023/2024 dla studentów Wydziału Lekarskiego:**

**kierunku lekarskiego**

**lekarsko-dentystycznego**

**Student Uniwersytetu Jagiellońskiego - Collegium Medicum (UJ CM)\*:**

*realizowany kierunek studiów:* .....

*realizowany obecnie rok studiów:* .....

*rodzaj studiów:* .....

*forma studiów:* .....

\*Student (zwany dalej „Kandydatem”) jest osobą która na dzień składania wniosku o udział w Programie „Medical School of Your Future” jest wpisany na listę studentów UJ CM i posiada status studenta UJ CM, z wyjątkiem studentów ostatniego roku, którzy w roku akademickim 2023/2024 zdali już egzaminy końcowe.

**Dane Kandydata do kontaktu**

**ze zgodą na ich przetwarzanie zgodnie z załącznikiem nr 2**

.....

*imię:*

*drugie imię:*

*nazwisko:*

*Data urodzenia:* .....

*telefon kontaktowy:* .....

*adres e-mail kontaktowy:* .....

**Dokumenty podlegające ocenie Komisji, jakie należy przesłać w formie elektronicznej na adres e-mail: [dydaktyka.kariery@cm-uj.krakow.pl](mailto:dydaktyka.kariery@cm-uj.krakow.pl) wraz z wnioskiem w nieprzekraczalnym terminie do 30 czerwca 2024 r.:**

- 1. Curriculum Vitae (CV), ze szczególnym uwzględnieniem następujących informacji:**
  - a. doświadczenie badawcze,
  - b. udział w życiu naukowym Uczelni,
  - c. lista publikacji Kandydata.
- 2. List motywacyjny Kandydata.**
- 3. List od opiekuna naukowego zawierający następujące informacje:**
  - a. opinię o Kandydacie,
  - b. krótki opis dotychczas przeprowadzonych przez Kandydata badań.
- 4. Opis planu badawczo-szkoleniowego przygotowany przez Kandydata zawierający następujące informacje:**
  - a. cel merytoryczny prowadzenia badania,
  - b. metodologię badawczą,
  - c. praktyczne znaczenie wyników badań.

**UWAGA! Wniosek przesyłany bez wymaganych dokumentów wskazanych w pkt 1-4 nie podlega ocenie Komisji.**

---

*data i czytelny podpis Kandydata*

**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisana/-y, niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Naukową Fundację Polpharmy z siedzibą w Warszawie („Fundacja”) podanych przeze mnie danych osobowych (w tym imion, nazwiska, daty urodzenia, adresu e-mail) w celach związanych z organizowanym przez Fundację programem „Medical School of Your Future”.

Zapoznałam/-em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych przez Fundację zamieszczonymi w Regulaminie Programu.

---

*data i czytelny podpis*

### Załącznik nr 3 do Regulaminu

#### **Zgoda na wykorzystanie wizerunku**

Ja, niżej podpisana/-y, niniejszym udzielam Naukowej Fundacji Polpharmy z siedzibą w Warszawie („Fundacja”) nieodwołalnego, nieograniczonego w czasie i nieodpłatnego prawa do wykorzystywania zdjęć/filmów z moim wizerunkiem wykonanych w związku z organizowanym przez Fundację programem

„Medical School of Your Future” („Program”) w celu promocji Programu, w tym w celu informowania o przebiegu Programu i jego uczestnikach.

Niniejsza zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć/filmów za pośrednictwem dowolnego medium w celach promocyjnych, w szczególności w celu publikacji wykonanych zdjęć/filmów w gazetach, kalendarzach, czasopismach, folderach informacyjnych i reklamowych, publikacjach elektronicznych i stronach www. Dodatkowo, zrzekam się wszelkich praw związanych z kontrolą i zatwierdzeniem każdorazowego wykorzystania wykonanych zdjęć/filmów z moim wizerunkiem, także w przypadku wykorzystywania ich w celu łączenia z innymi obrazami za pośrednictwem technik cyfrowych.

Jednocześnie oświadczam, że przeniesienie niniejszego zezwolenia na osobę trzecią nie wymaga mojej uprzedniej zgody.

---

*data i czytelny podpis*