***Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji do projektu PROM***

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**pn.: Międzynarodowa wymiana stypendialna doktorantów i kadry akademickiej**

**w ramach Programu PROM**

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO:…………………………………………………………………………………………………………..

PESEL: ………………………………………………………………..

PŁEĆ: …………………………………………………………………

WIEK: ……………………………………………………………….

ADRES: ……………………………………………………………..

TELEFON: ………………………………………………………….

ADRES E-MAIL: ……………………………………………………………………………………………

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że :

1) wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie Międzynarodowa wymiana stypendialna doktorantów i kadry akademickiej w ramach Programu PROM, realizowanym przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w ramach Programu Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020 poprzez Instytucje Pośredniczącą- Narodową Agencję Wymiany Akademickiej

2) niniejszą deklaracją związana/ny jestem od dnia podpisania umowy uczestnictwa,

3) zostałem/am poinformowany/a, że Projekt współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego,

4) dane zawarte w Deklaracji są zgodne z prawdą,

5) zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji” i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień,

6) zapoznałem/am się z Wzorem Umowy Beneficjenta z Uczestnikiem Projektu i akceptuje jej zapisy,

6) spełniam kryteria kwalifikacyjne uprawniające do udziału w projekcie określone w Regulaminie rekrutacji,

7) zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających uczestniczenie w dofinansowanych działaniach, dokumentów ewaluacyjnych i innych wymienionych we wzorze Umowy z Uczestnikiem (Wzór umowy Beneficjenta z Uczestnikiem Projektu),

8) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w zakresie niezbędnym do procesu rekrutacji i Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych - RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) oraz zapoznałem/am się z poniższą informacją:

* Administratorem Danych Osobowych jest Warszawski Uniwersytet Medyczny (WUM), ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, reprezentowany przez Rektora.
* W WUM powołany został Inspektor Ochrony Danych (IOD) z którym można skontaktować się za pośrednictwem  adresu e-mail iod@wum.edu.pl, adres: ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, tel. (22) 57 20 320.
* Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań statutowych i usług Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wymienionych w ustawie prawo o szkolnictwie wyższym, na podstawie art. 6 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
* Dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.
* Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji ww. celów oraz obowiązków archiwalnych i statystycznych Administratora, jak również dla udokumentowania działalności Uniwersytetu, a w przypadku udostępnienia danych w celu informacyjnym - do czasu wycofania zgody.
* Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
* Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od Administratora Danych dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,
* Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
* Pana/Pani dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. W takim przypadku przekazanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną umowę pomiędzy administratorem danych a odbiorcą, która zawierać będzie standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską.
* Pana/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń

niezgodnych z prawdą.

Data ………………………………, Czytelny podpis : ……………………………………………………………………………………