

.....
(miejsowość i data)

Wydziałowa Komisja
ds. Potwierdzania Efektów Uczenia się

Wydziału.....

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wniosek
o potwierdzenie efektów uczenia się uzyskanych w procesie uczenia się
poza systemem studiów

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Pesel

Adres e-mail

Adres korespondencyjny

Tel. kontaktowy

1. Proszę o potwierdzenie efektów uczenia się uzyskanych przeze mnie poza systemem studiów odpowiadających efektom uczenia się wynikającym z zaliczenia następujących przedmiotów:

Lp.	Nazwa przedmiotu	Wymiar godzin	Liczba ECTS

realizowanych w programie studiów:

.....
nazwa kierunku i forma studiów (stacjonarne lub niestacjonarne)

.....
poziom kształcenia (I^o lub II^o lub studia jednolite magisterskie)

2. Zobowiązuję się do **wniesienia opłaty** z tytułu postępowania związanego z potwierdzeniem efektów uczenia się (bez względu na wynik postępowania) w terminie 7 dni od złożenia wniosku.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią poniższej klauzuli informacyjnej

Obowiązek informacyjny wobec osób ubiegających się o przyjęcie na studia

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku, adres ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a, 80-461 Gdańsk

- 1) Inspektorem Ochrony Danych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym jest *Piotr Małecki*, nr tel. 58 349 10 27 adres email *iod@gumed.edu.pl*,
 - 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji procesu rekrutacji na studia na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i f ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
 - 3) Pani/Pana dane osobowe nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa,
 - 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wszelkich czynności związanych z procesem rekrutacji,
 - 5) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania i prawo do przenoszenia danych,
 - 6) posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
 - 7) podanie danych osobowych jest obowiązkowe w zakresie danych określonych w § 14 Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie studiów, a w pozostałym zakresie dobrowolne, ale niezbędne do realizacji zadań wynikających z art. 69 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.
4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

Z poważaniem

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Zdjęcie (podpisane na odwrocie)
2. Świadectwo dojrzałości (oryginał lub odpis)
3. Ankieta osobowa
4.