

Załącznik nr 1 do Procedury przeprowadzania w WUM postępowania w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz postępowania w sprawie potwierdzenia ukończenia studiów na określonym poziomie

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(adres e-mail)

.....
(telefon)

**Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
za pośrednictwem Dziekana Wydziału**

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

o wszczęcie postępowania nostryfikacyjnego

Ja urodzony/na
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

W
(miejsce urodzenie)

zwracam się z uprzejmą prośbą o wszczęcie postępowania nostryfikacyjnego mojego

dyplomu nr.
(nr dyplomu) (tytuł zawodowy lub pełna nazwa nabytych za granicą kwalifikacji)

wydanego dnia r. przez
(data wydania) (nazwa państwa i uczelni wydającej dyplom)

.....
(nazwa instytucji)

Załączam następujące dokumenty:

1. Kopię dyplomu uzyskanego za granicą (oryginał do wglądu).
2. Kopię dokumentów umożliwiających ocenę przebiegu studiów, uzyskiwanych efektów uczenia się i czasu trwania studiów: suplement do dyplomu, programy wszystkich lat studiów (sylabusy), wykaz przedmiotów i ocen lub wyciąg z indeksu (oryginały do wglądu).
3. Kopię świadectwa, dyplomu lub innego dokumentu na podstawie, którego osoba, ubiegająca się o nostryfikację dyplomu została przyjęta na studia (oryginał do wglądu).
4. Tłumaczenie zwykłe na język polski dokumentów, o których mowa w punktach 1 – 3, jeżeli Wnioskodawca dysponuje takim tłumaczeniem na etapie składania wniosku.
5. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby wnioskowanego postępowania nostryfikacyjnego.
6. Oświadczenie Wnioskodawcy o miejscu i dacie urodzenia.

Z wyrazami szacunku,

.....
(*podpis Wnioskodawcy*)

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z:

1. Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 września 2018 roku w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów uzyskanych za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie (Dz. U. poz. 1881).
2. Procedurą przeprowadzania w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym postępowania w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz postępowania w sprawie potwierdzenia ukończenia studiów na określonym poziomie.

.....
(*podpis Wnioskodawcy*)

OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku ze złożeniem wniosku o nostryfikację dyplomu ukończenia studiów wyższych uzyskanych za granicą do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego niniejszym wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o nostryfikację: imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres zamieszkania, adres kontaktowy, adres e-mail, telefon, tytuł i nr dyplomu, tytuł zawodowy, które to postępowanie będzie prowadzone na podstawie rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie (Dz.U.2018.1881 z dnia 2018.10.02).

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

Podpis osoby wyrażającej zgodę

W oparciu o art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie mojego adresu e-mail tj przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w celach informacyjnych,
tj.....

Zostałam/zostałem poinformowany przed wyrażeniem niniejszej zgody o tym, że mogę ją w dowolnym momencie wycofać bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

Podpis osoby wyrażającej zgodę

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej również w skrócie: „RODO”) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Warszawski Uniwersytet Medyczny (dalej w skrócie: „WUM”) z siedzibą w Warszawie, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): adres e-mail: iod@wum.edu.pl. tel. (22) 57 20 320 lub pisemnie na adres Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe podane przez Panią/Pana do celów postępowania nostryfikacyjnego przetwarzane będą dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia tego postępowania (na podstawie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668), a Pani/Pana adres e-mail - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO - będzie przetwarzany w celu przekazywania Pani/Panu informacji drogą elektroniczną przez Administratora.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych przez przepisy prawa.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
6. Dostęp do Pani/Pana danych osobowych wewnątrz struktury organizacyjnej Administratora będą mieć wyłącznie upoważnieni przez Administratora pracownicy w niezbędnym zakresie.
7. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3 powyżej, a następnie przez czas określony dla poszczególnych symboli kategorii archiwalnej, którym jest oznaczona dokumentacja zgromadzona w WUM zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt WUM opracowanym na podstawie rozporządzenia Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej. Adres e-mail będzie natomiast przetwarzany do czasu wycofania zgody.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, prawo do usunięcia danych (z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 17 ust. 1 lit. b) RODO), prawo do ograniczenia przetwarzania (z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO), oraz prawo do przenoszenia danych (dot. przetwarzania danych w postaci adresu e-mail w związku z przetwarzaniem adresu e-mail na podstawie zgody).
9. W zakresie przetwarzania adresu e-mail na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do jej cofnięcia w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Nie przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu w związku z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych.
11. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa 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.
12. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji celów wskazanych w pkt 3 powyżej.
13. Decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.

Otrzymałem /otrzymałam *

Miejscowość data i podpis właściciela danych: niepotrzebne skreślić

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

Na podstawie §2 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa wyższego z dnia 28 września 2018 roku w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie (Dz. U. z 2018 r. poz. 1881) w związku z wnioskiem skierowanym na podstawie ww. rozporządzenia do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego niniejszym oświadczam, że urodziłem się
(data urodzenia) w.....(miejsce urodzenia).

.....
(podpis)