………………………………………………………………………

(*imię i nazwisko wnioskodawcy*)

………………………………………………………………………

(*adres do korespondencji*)

………………………………………………………………………

(*adres e-mail*)

………………………………………………………………………

(*telefon kontaktowy*)

**Przewodnicząca Komisji ds. Nostryfikacji**

**w Oddziale Stomatologicznym**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

# WNIOSEK\*

**o uznanie dyplomu ukończenia studiów za granicą za równoważny odpowiedniemu polskiemudyplomowi i tytułowi zawodowemu**

Zwracam się z prośbą o uznanie dyplomu ukończenia studiów nr ....................................................., wydanego w dniu ..................................... r., przez:

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

*(pełna nazwa uczelni w oryginalnym brzmieniu, miasto, państwo)*

na podstawie którego uzyskałem/-am tytuł zawodowy: ........................................................................

za równoważny odpowiedniemu polskiemudyplomowi i tytułowi zawodowemu.

Na studia zostałem/-am przyjęty/-a na podstawie: ................................................................................

................................................................................................................................................................

*(pełna nazwa dokumentu z miejscem wydania – miasto, państwo)*

wydanego w dniu ....................................... r.

........................................................... ..............................................................................

*(miejscowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy)*

**Załączniki:**

1. kopia dyplomu ukończenia studiów\*\*;
2. kopie dokumentów umożliwiających ocenę przebiegu studiów, uzyskiwanych efektów uczenia się i czasu trwania studiów\*\*(właściwe zaznaczyć):  suplement do dyplomu lub transkrypt,
   * listę przedmiotów i ocen lub indeks,
   * treści lub sylabusy programowe zrealizowanych przedmiotów,
   * zaświadczenia o odbyciu praktyki zawodowej, wraz z wskazaniem czasu, miejsca jej realizacji, jeżeli stanowiła integralną część programu studiów, oraz zakres programowy
   * inne: ..........................................................................................................................................,
3. kopia świadectwa, dyplomu lub innego dokumentu, na podstawie którego wnioskodawca został przyjęty na studia\*\*;
4. oświadczenie o zmianie nazwiska\*\*\*;
5. oświadczenie wnioskodawcy o miejscu i dacie urodzenia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*wniosek należy wypełnić drukowanymi literami,

\*\*wnioskodawca zobowiązany jest do przedłożenia pracownikowi dziekanatu oryginału dokumentów do wglądu, \*\*\*oświadczenie to należy złożyć, w przypadku gdy nastąpiła zmiana nazwiska.

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

Zapoznałem/-am się z Procedurą przeprowadzania w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie stanowiącą załącznik do zarządzenia nr 56/2021 z dnia 11 maja 2021 r. Rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

........................................................... ..............................................................................

*(miejscowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy)*

# OŚWIADCZENIE o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

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 podanego we wniosku, przez

Uniwersytet Medyczny w Łodzi w celach informacyjnych związanych z prowadzonym postępowaniem nostryfikacyjnym,

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) (czytelny podpis wnioskodawcy)*

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”):

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi (dalej w skrócie: „UM w Łodzi”), z siedzibą w Łodzi, al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): adres e-mail: iod@umed.lodz.pl, tel. 42 272 52 11 lub pisemnie na adres Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe podane przez Panią/Pana do celów:
   1. przeprowadzenia postępowania nostryfikacyjnego – podstawę prawną stanowi art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z treścią 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. poz. 1881),
   2. informacyjnych związanych z prowadzonym postępowaniem nostryfikacyjnym (adres e-mail) ‒ na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych przez przepisy prawa do ich przetwarzania, w szczególności podmiotów i organów publicznych.
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 UM w Łodzi zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 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).

1. 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.
2. 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.
3. Podanie danych osobowych w zakresie prowadzenia postępowania jest objęte wymogiem prawnym, a w pozostałym zakresie jest całkowicie dobrowolne.
4. Decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, Pani/Pana dane osobowe nie będą

podlegały profilowaniu.

........................................................... ..............................................................................

*(miejscowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy)*

**Wypełnia pracownik dziekanatu**

**Dokument przyjęto w dniu .......................................**

..............................................................................

(*pieczęć imienna i podpis osoby przyjmującej dokumenty*)