



ZGODA NA CZŁONKOSTWO W RADZIE DYSCYPLINY UNIwersYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU

Ja niżej podpisany
(nazwisko i imię, tytuł zawodowy/stopień naukowy/tytuł naukowy kandydata)

.....
(stanowisko oraz nazwa jednostki organizacyjnej)

wyrażam zgodę na członkostwo w Radzie Dyscypliny Nauki Medyczne / Radzie Dyscypliny Nauki Farmaceutyczne / Radzie Dyscypliny Nauki o Zdrowiu* Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

.....
(data i czytelny podpis kandydata)

OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA CZŁONKA RADY DYSCYPLINY

Oświadczam, że:

1. mam pełną zdolność do czynności prawnych;
2. korzystam z pełni praw publicznych;
3. nie byłem/-am skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
4. nie byłem/-am karana karą dyscyplinarną;
5. w okresie od dnia 22 lipca 1944 r. do dnia 31 lipca 1990 r. nie pracowałem/-am w organach bezpieczeństwa państwa w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 430 ze zm.) oraz nie pełniłem/-am w nich służby ani nie współpracowałem/-am z tymi organami¹;
6. posiadam wykształcenie wyższe;
7. urodziłem/-am się w dniur. i na dzień składania oświadczenia nie ukończyłem/-am 67 roku życia,
8. przyjmuję do wiadomości, iż warunkiem członkostwa w Radzie Dyscypliny jest nie ukończenie przeze mnie 67 roku życia do dnia rozpoczęcia kadencji Rady Dyscypliny,
9. nie pełnię funkcji organu jednoosobowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu lub innej uczelni wyższej,
10. nie jestem członkiem rady uczelni innej uczelni wyższej,
11. nie jestem zatrudniony/-a w administracji publicznej,
12. jestem zatrudniony w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu jako w podstawowym miejscu pracy, na stanowisku badawczym lub badawczo-dydaktycznym²,
13. zadeklarowałem przynależność do dyscypliny nauki medyczne/nauki farmaceutyczne/nauki o zdrowiu* co najmniej w 50%, zgodnie z ostatnim oświadczeniem, złożonym na podstawie art. 343 ust. 7 ustawy prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.**

.....
(data i czytelny podpis kandydata)

*niepotrzebne skreślić

¹ Dotyczy osób urodzonych przed dniem 1 sierpnia 1972 r.

² Nie dotyczy doktorantów

** W przypadku, gdy dany nauczyciel akademicki deklaruje przynależność w 50 % w dwóch dyscyplinach, wówczas obowiązany jest złożyć oświadczenie o wyborze jednej rady dyscypliny. W przypadku doktorantów przynależność do danej dyscypliny określa się na podstawie zaświadczenia dyrektora szkoły doktorskiej.

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE KANDYDATA DOTYCZĄCE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a _____, zgodnie z 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 zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych kontaktowych, przez Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, jako Administratora tych danych, w celu wzięcia udziału w procesie ustalenia składu Rad Dyscyplin na kadencję 2021-2024 i wykonywania obowiązków związanych z objęciem funkcji.

.....
(czytelny podpis)