**Załącznik 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA PRACY MAGISTERSKIEJ**  **WYDZIAŁOWEGO KONKURSU PRAC MAGISTERSKICH WYDZIAŁU FARMACJI, WYDZIAŁ FARMACJI, BIOTECHNOLOGII MEDYCZNEJ I MEDYCYNY LABORATORYJNEJ PUM** | PUM Szczecin kolor | ProAkademia |

|  |  |
| --- | --- |
| **Absolwent**  **(imię i nazwisko, adres e-mail)** |  |
| **Opiekun pracy**  **(stopień/tytuł, imię i nazwisko)** |  |
| **Tytuł pracy magisterskiej** |  |
| **Nazwa Katedry/Zakładu, w której wykonano pracę magisterską** |  |
| **Data obrony pracy magisterskiej** |  |
| **Krótkie uzasadnienie wniosku:** | |
|  | |

.......................................................... podpis i pieczęć Kierownika

Katedry/Zakładu

\* **Pracę magisterską w formacie pdf oraz formularz zgłoszeniowy wraz ze zgodą na przetwarzanie danych osobowych należy przesłać w formie skanu na adres e-mail: …………………… do dnia ………………… r.**

**Zgodę na przetwarzanie danych osobowych należy dodatkowo dostarczyć w formie papierowej do Dziekanatu Wydziału Farmacji, Biotechnologii Medycznej i Medycyny Laboratoryjnej PUM do dnia ………**

**FORMULARZ DOTYCZĄCY WYRAŻENIA ZGODY  
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na:**

1. przetwarzanie przez Organizatora Konkursu moich danych osobowych zgodnie   
   z przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), o ile dane takie będą wykorzystywane w toku Wydziałowego Konkursu Prac Magisterskich Wydziału Farmacji, Biotechnologii Medycznej i Medycyny Laboratoryjnej PUM.

Imię ……………………………………………….

Nazwisko: ……………………………………

PESEL: ................................................

………..…………………………

(data i czytelny podpis)

**Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na:**

1. udostępnianie moich danych osobowych wydawcom, partnerowi, patronom zainteresowanym współpracą z uczestnikami konkursu.

Tak □ Nie □\*

………..…………………………

(data i czytelny podpis)

**Zapoznałem się i akceptuję REGULAMIN Wydziałowego Konkursu Prac Magisterskich 2022/2023**

**Oświadczam, iż dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą**

………..…………………………

(data i czytelny podpis)

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

\*Proszę zaznaczyć właściwe pole