Szczecin, ...........................................

(imię i nazwisko) (data)

(tytuł zawodowy)

(adres)

(tel. kontaktowy)

(adres mailowy)

(PESEL)

(Jednostka organizacyjna/zakład pracy)

**Tryb** **postępowania**: Tryb eksternistyczny

**Przewodniczący Rady Naukowej**

**Dyscypliny Nauki Medyczne**

**Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**

**WNIOSEK O WSZCZĘCIE POSTĘPOWANIA DOKTORSKIEGO**

Zwracam się z prośbą o wszczęcie postępowania doktorskiego na podstawie rozprawy doktorskiej pod tytułem

w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne.

**Promotorem** rozprawy doktorskiej jest

z Katedry/Kliniki/Zakładu

**Promotorem pomocniczym[[1]](#footnote-1)** jest

z Katedry/Kliniki/Zakładu

Jednocześnie oświadczam, że ubiegałam(łem) się/ nie ubiegałam(łem)\* się o otwarcie przewodu doktorskiego w innych jednostkach.

(podpis i pieczątka promotora) (podpis kandydata)

**Obowiązek Informacyjny Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie   
w postępowaniu doktorskim**

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) zostałem/am poinformowany/a że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie możliwy jest pod numerem tel. 91 4800790 lub adresem email: [iod@pum.edu.pl](mailto:iod@pum.edu.pl),
3. moje dane osobowe będą przetwarzane w celu otwarcia postępowania doktorskiego oraz jego realizacją,
4. podane dane będą przetwarzane w celach określonych w pkt 3) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
5. moje dane osobowe będą udostępniane podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym usługi dla Administratora, w szczególności informatyczne, marketingowe, prawne, windykacyjne, transportowe, kurierskie, pocztowe i niszczenia dokumentów,
6. moje dane osobowe będą przetwarzane wieczyście na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
7. konieczność podania przeze mnie danych osobowych wynika z ustawy z dnia 14 marca 2003 r. z późniejszymi zmianami o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki i rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 stycznia 2018r. w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzenia czynności w przewodzie doktorskim, w postępowaniu habilitacyjnym oraz w postępowaniu o nadanie tytułu profesora, i ustawy z dnia 20.07.2018r. Prawo o Szkolnictwie Wyższym i Nauce.
8. posiadam prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
9. mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, czyli Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

(miejscowość, data) (czytelny podpis)

Płatności za przeprowadzenie przewodu doktorskiego objętego wnioskiem przejmuje[[2]](#footnote-2):

(pełna nazwa i adres podmiotu przejmującego płatności, numer telefonu)

NIP:

(data i podpis)

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy osób z zewnątrz doktorat płatny [↑](#footnote-ref-2)