

WNIOSEK O POWOŁANIE NA AMBASADORA SZKOŁY DOKTORSKIEJ ŚUM

na rok akademicki 20...../20.....

I. DANE KANDYDATA

1. Imię i nazwisko	
2. Status kandydata	☐ doktorant Szkoły Doktorskiej ŚUM, • rok kształcenia: • dyscyplina: ☐ student ŚUM • rok kształcenia: • dyscyplina: ☐ inna osoba/jednostka:
6. Adres e-mail i numer telefonu	

II. DOTYCHCZASOWE AKTYWNOŚCI I OSIĄGNIĘCIA

Proszę przedstawić dotychczasowe aktywności i osiągnięcia, które mogą mieć znaczenie dla pełnienia funkcji Ambasadora, w szczególności działalność naukową, organizacyjną, społeczną, promocyjną lub udział w wydarzeniach związanych z Uczelnią i Szkołą Dokorską (m.in. konferencje, warsztaty, wydarzenia popularyzujące naukę)

Lp.	Aktywność / osiągnięcia/ rok
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

III. PLANOWANE DZIAŁANIA NA RZECZ PROMOCJI SZKOŁY DOKTORSKIEJ ŚUM W DANYM ROKU AKADEMICKIM

Proszę przedstawić planowane działania mające na celu promocję Szkoły Doktorskiej, w tym działania związane z wydarzeniami, konferencjami, rekrutacją, mediami społecznościowymi, wsparciem kandydatów lub innymi inicjatywami wskazanymi w § 4 Regulaminu.

Lp.	Planowane działanie / inicjatywa	Opis działania	Przewidywany termin	Forma działania
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

V. OŚWIADCZENIA KANDYDATA

☐ Oświadczam, że dane i informacje przedstawione we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

☐ Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Programu Ambasadorzy Szkoły Doktorskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Programu Ambasadorzy Szkoły Doktorskiej ŚUM (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

☐ Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku na stronie ŚUM oraz w mediach społecznościowych, dotyczących informacji i postów związanych z Programem.

Miejscowość i data:

Podpis kandydata:

VI. WYPEŁNIA KOMISJA PROGRAMU AMBASADORZY SZKOŁY DOKTORSKIEJ ŚUM

Zgodnie z § 7 ust. 3 Regulaminu Komisja bierze pod uwagę dotychczasowe aktywności i osiągnięcia kandydata oraz planowane działania mające na celu promocję Szkoły.

Decyzja Komisji	☐ pozytywna ☐ negatywna
Uwagi Komisji	

Podpisy członków Komisji:

1.
2.
3.
4.
5.