



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



SCORE

Wymiana Naukowa

Kwestionariusz kwalifikacyjny na wymianę naukową SCORE IFMSA-Poland

Wybór 3 krajów (NMO):

1.
2.
3.

Data składania kwestionariusza
(wypełnia przyjmujący kwestionariusz)

APLIKACJA

POJEDYNCZA

ŁĄCZONA z:

1)

2)

DANE IDENTYFIKACYJNE KANDYDATA

| | | | |
|-------------------|--------------------|-------------|--|
| Nazwisko | Pierwsze imię | Drugie imię | Data urodzenia (dzień- miesiąc - rok) _____ |
| Miejsce urodzenia | Telefon kontaktowy | | Adres stałego zameldowania |
| Adres e-mail | | | |
| Nazwa uczelni | | | |

DZIEKANAT

| | | |
|---|------------------|--------------------|
| Rok studiów | Kierunek studiów | Pieczęć dziekanatu |
| Średnia ocen z ostatniego roku studiów (liczbowo i słownie) | | |

KOŁA NAUKOWE

| | |
|--|-----------------------|
| Nazwa koła | Pieczęć opiekuna koła |
| Działalność w wyżej wymienionym kole w latach: | |

| | |
|--|-----------------------|
| Nazwa koła | Pieczęć opiekuna koła |
| Działalność w wyżej wymienionym kole w latach: | |

PRACE NAUKOWE I WYSTĄPIENIA

| | |
|----------------------|-----|
| NUMER PORZĄDKOWY* | 1) |
| | 2) |
| | 3) |
| | 4) |
| | 5) |
| | 6) |
| | 7) |
| | 8) |
| | 9) |
| | 10) |

*Wygłoszone i/lub opublikowane w Polsce i zagranicą (ksero abstraktu w załączniku opisane numerem porządkowym).

STATUS SCOPE/SCORE

Wyjeżdżałem/łam już na wymianę SCOPE/SCORE:

| | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK | | | |
| | RODZAJ: <input type="checkbox"/> SCOPE <input type="checkbox"/> SCORE | <input type="checkbox"/> KWALIFIKACJA WCZESNA/PÓZNA | <input type="checkbox"/> SUBSTYTUCJA | Kraj oraz rok wyjazdu: |
| Rezygnacja z wymiany SCOPE/SCORE: | | | | |
| <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK (kiedy _____) | | | |
| Czy została znaleziona SUBSTYTUCJA: TAK/ NIE | | | | |

OŚWIADCZENIE

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Znam Regulamin i Statut IFMSA-Poland i zobowiązuje się ich przestrzegać, oraz zapoznałem(am) się z zasadami kwalifikacji na wymianę naukową SCORE i warunkami wymiany kraju, do którego chcę wyjechać na wymianę naukową. |
| <input type="checkbox"/> | Wyrzekam się prawa do roszczeń finansowych w przypadku utraty praktyki nie z winy IFMSA (wojna, sytuacja polityczna) oraz przyjmuję do wiadomości, że składki członkowskie oraz opłata kontraktowa i za studenta przyjeżdżającego nigdy nie ulegają zwrotowi. |
| <input type="checkbox"/> | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kwalifikacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). |

.....
(miejsowość, data, podpis)

.....
(podpis i pieczętka LORE)



IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie
Studentów Medycyny



SCORE
Wymiana Naukowa

Ja, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach złożonych na wymianę naukową SCORE, przez IFMSA dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kwalifikacji. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że mam prawo dostępu do treści swoich danych, prawo poprawiania, prawo sprzeciwu wobec ich przetwarzania w wyżej opisanym celu oraz wobec przekazywania danych innym podmiotom, a także prawo zażądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych / zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.97 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz.883/.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

Oświadczam iż w sytuacji zakwalifikowania się na wyjazd w ramach SCOPE lub SCORE, wyrażam zgodę na umieszczenie przez IFMSA- Poland mojego imienia i nazwiska na listach ogólnopolskich i lokalnych SCOPE i/lub na listach ogólnopolskich SCORE udostępnianych dla wszystkich członków IFMSA-Poland oraz dla osób trzecich, z podaniem kraju do którego zostałam/em zakwalifikowana/y w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z praktykami wakacyjnymi oraz wymianą naukową organizowanymi w ramach
Jednocześnie informuję, że zostałam/em poinformowana/y iż mam prawo odmówić umieszczenia mojego imienia i nazwiska na wyżej wymienionych listach i wiem, że przypadku braku zgody na liście w miejscu imienia i nazwiska pojawi się nazwa mojego Oddziału oraz numer indeksu, zgodnie ze wzorem: NAZWA ODDZIAŁU_nr indeksu.

.....
miejsowość, data

.....
podpis