UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

akademickie biuro karier
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

W CELU UZYSKANIA WPISU DO KARTY OBIEGOWEJ NALEŻY DOSTARCZYĆ WYPEŁNIONY FORMULARZ DO AKADEMICKIEGO BIURA KARIER.

90-647 Łódź, Pl. Hallera 1, bud. I, pok.230, godziny pracy biura 8.00 – 15.30, tel. 042 272 50 86, tel./faks: 042 639 32 58, e-mali: biurokarier@umed.lodz.pl

Szanowni Państwo,
Akademickie Biuro Karier prowadzi monitoring karier zawodowych absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W związku z tym zwracamy się do Państwa z prośbą **o wyrażenie zgody na wzięcie udziału w ankietach badawczych**.

Monitorowanie karier absolwentów oraz sposobu wykorzystywania przez nich wiedzy akademickiej w praktyce pozwoli Uczelni na bieżąco dostosowywać ofertę edukacyjną do dynamicznie zmieniającego się rynku pracy tak, aby studenci mogli w pełni realizować swoje cele zawodowe. Ankiety mają charakter poufny.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi (Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź). Dane osobowe będą przetwarzane przez Akademickie Biuro Karier Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wyłącznie w celu monitorowania karier zawodowych Absolwentów Uczelni, przekazania Pani/Panu aktualnych ofert pracy, praktyk, staży oraz informacji o szkoleniach, kursach i konferencjach i nie będą udostępniane innym odbiorcom. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie Uczelni danych osobowych jest dobrowolne.

FORMULARZ

(Prosimy o czytelne wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i nazwisko							Rok ukończenia studiów
Wydział							
Tryb studiów	Studia I °		Studia II °		Studia jednolite mgr		Telefon
Kierunek/ Specjalność							
ADRES E-MAIL	D R U K O W A N Y M I L I T E R A M I						

OŚWIADCZENIE

I. Wyrażam zgodę na:
   a) **uczestnictwo w ankietach badawczych dotyczących karier zawodowych Absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**, które będą prowadzone przez Akademickie Biuro Karier drogą elektroniczną lub telefoniczną w terminie 6-8 m-cy od daty ukończenia studiów, a następnie powtórzone po 3 i 5 latach;
   b) **przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademickie Biuro Karier wyłącznie w celach badawczych**, zgodnie z ustawą z dnia z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

❑ ***TAK*** ❑ ***NIE***

II. Wyrażam zgodę na **otrzymywanie od Akademickiego Biura Karier Uniwersytetu Medycznego w Łodzi** aktualnych ofert pracy, praktyk, staży oraz informacji o szkoleniach, kursach i konferencjach **za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu poczty elektronicznej**, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 ze zm.).

❑ ***TAK*** ❑ ***NIE***

Data	Podpis