



UNIwersytet
Warszawski

Wydział
Medyczny

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ERASMUS+ 2026 / 2027

Imię i nazwisko:

Kierunek studiów:

Nr albumu:

Aktualny rok studiów:

Studencki adres e-mail:

Aktualny numer telefonu:

Do uzupełnienia przez Dziekanat Wydziału Medycznego UW:

Średnia ocen z ostatniego ukończonego roku studiów:

Student(ka) ma rozliczony poprzedni rok studiów / posiada warunki w liczbie

.....

Podpis i pieczęć Dziekanatu Wydziału Medycznego UW:

Trzy wybrane uczelnie począwszy od najbardziej preferowanej (nazwa oraz kod Erasmus):

I Kod:

II Kod:

III Kod:



UNIwersytet
Warszawski

Wydział
Medyczny

Preferowany okres wyjazdu: semestr zimowy / semestr letni* (właściwie zaznaczyć). *

Posiadane kompetencje językowe umożliwiające studiowanie na ww. uczelniach**:

Język:

Poziom (A1-C2):

Certyfikat:

.....		
.....		
.....		

** Dokumenty poświadczające znajomość wskazanych języków (np. certyfikaty) do załączenia do wniosku.

Oświadczenia

Oświadczam, że:

1. Zapoznał_m się z ofertą przedmiotów w wybranych przeze mnie uczelniach oraz z wymogami językowymi obowiązującymi na ww. uczelniach na dany rok akademicki.
2. Moje kompetencje językowe pozwalają mi na studiowanie na wybranych przeze mnie uczelniach.
3. Zapoznał_m się z ogólnymi zasadami kwalifikacji na wyjazdy w ramach programu Erasmus+ na rok akademicki 2026/2027 dostępnymi na stronie BWZ UW oraz ze szczegółowymi zasadami kwalifikacji na wyjazdy w ramach programu Erasmus+ na rok akademicki 2026/2027 dostępnymi na stronie Wydziału Medycznego UW.
4. Podane w formularzu informacje są zgodne z prawdą. Rozumiem, że podanie nieprawdziwych informacji dyskwalifikuje mój wniosek o przyznanie wyjazdu i stypendium.

Warszawa, dnia

Czytelny podpis:



Oświadczenie dotyczące znajomości języka

Oświadczam, że znam język na poziomie, który umożliwia mi studiowanie w nim podczas wymiany.

Warszawa, dnia

Czytelny podpis:

Oświadczenie dotyczące wcześniejszych wyjazdów

Oświadczam, że w poprzednich latach korzystałem / nie korzystałem (właściwie zaznaczyć) z programu Erasmus (studia częściowe lub praktyki).

Nazwa uczelni/instytucji, do której odbył się wyjazd:

Czas trwania pobytu (od-do, z dokładnością co do dnia):

W przypadku odbycia więcej niż jednego wyjazdu w ramach programu Erasmus, prosimy o uwzględnienie powyżej wszystkich wyjazdów.

Warszawa, dnia

Czytelny podpis:

Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych

1. Administratorem danych osobowych kandydatki/ kandydata oraz stypendystki/ stypendysty jest Uniwersytet Warszawski reprezentowany przez Rektora z siedzibą przy ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, 00-927 Warszawa. Z administratorem można się kontaktować, wybierając jedną z form kontaktu znajdującą się na stronie: <https://www.uw.edu.pl/kontakt/>

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@adm.uw.edu.pl.

3. Dane osobowe kandydatek/ kandydatów oraz stypendystki/ stypendysty przetwarzane będą w celu udziału w programie Erasmus+.

4. Podstawę do przetwarzania danych osobowych kandydata/ kandydatki stanowi zgoda na przetwarzanie danych osobowych. Dane zakwalifikowanych stypendystów będą przetwarzane na podstawie zawartej przez Uniwersytet Warszawski umowy z Fundacją Rozwoju Systemu Edukacji – Narodową Agencją (NA) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1288/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. ustanawiającego „Erasmus+”: unijny program na rzecz kształcenia, szkolenia, młodzieży i sportu oraz uchylającego decyzje nr 1719/2006/WE, 1720/2006/WE i 1298/2008/WE.



5. Podanie danych przez kandydata/ kandydatkę do stypendium jest dobrowolne, jednak niezbędne do udziału w postępowaniu kwalifikacyjnym. Podanie danych przez zakwalifikowanych stypendystów jest obligatoryjne, w przypadku ich niepodania stypendium nie będzie mogło być wypłacone.
6. Odbiorcami danych będą podmioty uprawnione na mocy przepisów prawa oraz Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji (FRSE - operator programu Erasmus+), uczelnia zagraniczna lub organizacja przyjmująca, do której student/ absolwent został zakwalifikowany na częściowe studia zagraniczne.
7. Dane przechowywane będą przez okres 5 lat od otrzymania pisma z FRSE zamykającego rozliczenie projektu, tj. najpóźniej do 31.12.2031 r.
8. Stypendystka/ stypendysta ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania i ograniczenia przetwarzania. Kandydat/ kandydatka ma prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Informację o cofnięciu zgody należy wysłać na adres erasmusbwz@uw.edu.pl.
9. Kandydat/ kandydatka/ stypendystka/ stypendysta ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jego/ jej danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udziału w programie Erasmus+.

Warszawa, dnia

Czytelny podpis:

Oświadczenie dotyczące udziału w równoległej rekrutacji

Oświadczam, że równolegle biorę udział w innej rekrutacji typu Erasmus+. Priorytetem jest dla mnie udział w przedmiotowej rekrutacji.

Warszawa, dnia

Czytelny podpis: