



**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 oraz Regulamin SCORE 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. W przypadku zakwalifikowania się na wymianę zobowiązuje przygotować się do wymiany naukowej, np. poprzez udział w Pre-Exchange Training (PET).
<input type="checkbox"/>	Wyrzekam się prawa do roszczeń finansowych w przypadku utraty wymiany 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 pieczęć 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 ich 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 Programu Stałego ds. Wymiany Naukowej oraz Programu Stałego ds. Praktyk Wakacyjnych.

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