Приложение №1

Вх.№........................./...........2023 г.

**ДО РЪКОВОДИТЕЛЯ НА**

 **НА ПРОЕКТ №BG05M2OP001-2.016-0025**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за участие в курсове по магистърски програми „Изкуствен интелект в здравеопазването“/ „Изкуствен интелект в биомедицината“

От ……………………………………..…………………………………………….

*(трите имена на кандидата)*

ЕГН ……………………………….., настоящ адрес ……………………………………….

Телефон за връзка ………………………………. Email ………………………..

Студент/докторант[[1]](#footnote-1) в университет……………………………………………………..……

Курс на обучение: ……. Факултет: ………………………………..….

Фак. Номер: …………………..

Професионално направление, в което се обучавам[[2]](#footnote-2):

[ ]  7.1 Медицина [ ]  7.5 Здравни грижи

Среден успех от предходна учебна година/ от висше образование (за докторанти) над „Добър“: [ ]  Да [ ]  Не

Ниво на владеене на английски език: …….

*(минимум Б1 по Европейска езикова рамка)*

Заявявам желанието си да участвам в курс по магистърска програма ……………………………………………………….

**Моля, впишете един от възможните курсове и съответната програма:**

Магистърска програма „Изкуствен интелект в биомедицината“:

* Биомедицински изображения/ Biomedical imaging
* От молекули до клетки/ From molecules to cells
* Биоетика и ИИ/ Bioethics and AI

 Магистърска програма „Изкуствен интелект в здравеопазването“:

* Биомедицински изображения/ Biomedical imaging
* AI and child care / ИИ и детски грижи
* Биоетика и ИИ/ Bioethics and AI

Курсовете се осъществяват в рамките на проект №BG05M2OP001-2.016-0025 „Създаване на мултидисциплинарна образователна среда за развитие на кадри с интегрални компетентности в областта на биомедицината и здравеопазването“.

**Информация за кандидата:**

Степен на завършено образование: ………………………………

Отнасям се към някоя от следните групи:

[ ]  Роми

[ ]  Други етнически групи

[ ]  Мигрант

[ ]  Участник с произход от друга държава

[ ]  Хора с увреждания

[ ]  Други хора в неравностойно положение

[ ]  Бездомни или засегнати от изключване от жилищно настаняване

[ ]  Участници, които живеят в безработни домакинства

[ ]  Участници, които живеят в безработни домакинства с деца на издръжка

[ ]  Участници, които живеят в едночленно домакинство с деца на издръжка

[ ]  Да …..**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ** доброволно предоставям и давам своето съгласие Медицински университет – Варна, за дейностите по проект №BG05M2OP001-2.016-0025 „Създаване на мултидисциплинарна образователна среда за развитие на кадри с интегрални компетентности в областта на биомедицината и здравеопазването“, да обработва личните ми данни за служебно ползване в съответствие с нормативните текстове от РЕГЛАМЕНТ (ЕС) 2016/679 НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И НА СЪВЕТА (Чл. 7), относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни и за отмяна на Директива 95/46/EО (Общ регламент относно защитата на данните)

Запознат/а съм с целите на обработване на личните ми данни.

**Прилагам следните документи:**

1. Копие от документ за владеене на английски език (в случай че кандидатът не разполага с такъв документ, нивото на владеене на чуждия език се декларира в заявлението за кандидатстване);

………..2023 год. С уважение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

гр. Варна (име, фамилия)

1. Приложимото се подчертава [↑](#footnote-ref-1)
2. Приложимото се отбелязва [↑](#footnote-ref-2)