**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **TEMAT** | Komunikacja w zespole terapeutycznym z uwzględnieniem otoczenia podopiecznych |
| **TERMIN** | 28 maja 2019 r. (w godzinach: 8.15 – 15.10) |
| **MIEJSCE** | Sala konferencyjna Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej – VI piętroul. Nowogrodzka 62a, 02-002 Warszawa |
| **Formularz zgłoszeniowy CZYTELNIE WYPEŁNIONY I PODPISANY należy przesłać najpóźniej do dnia 16.05.2019 r. (decyduje kolejność zgłoszeń). Zgłoszenia proszę wysyłać wyłącznie mailem** na adres: elwira.owczarek@mcps-efs.plOsoba do kontaktu: Elwira Ociepka-Owczarek, tel. [22] 622 42 32 wew. 46 |
| **DANE PODMIOTU KIERUJĄCEGO UCZESTNIKA NA SZKOLENIE** |
| Nazwa podmiotu |  |
| Regon |  |
| Ulica oraz nr budynku i nr lokalu |  |
| Kod pocztowy i miejscowość |  |
| Powiat |  | województwo mazowieckie |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail  |  |
| **DANE OSÓB KIEROWANYCH PRZEZ PODMIOTY DO UDZIAŁU W SZKOLENIU** |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

1. Ja, niżej podpisana/y potwierdzam uczestnictwo w w/w szkoleniu – w przypadku gdy zostanę na nie zakwalifikowana/y. [ ]  **tak |** [ ]  **nie**
2. Jestem świadoma/y, iż zgłoszenie się do udziału w szkoleniu nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się na nie. [ ]  **tak |** [ ]  **nie**
3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że szkolenie jest finansowane ze środków własnych Samorządu Województwa Mazowieckiego. [ ]  **tak |** [ ]  **nie**
4. Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
z siedzibą w Warszawie przy ul. Nowogrodzkiej 62a, w celu realizacji działań szkoleniowych prowadzonych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej a także w celu dokonania ewaluacji, kontroli, monitoringu
i sprawozdawczości tych działań. [ ]  **tak |** [ ]  **nie**
5. Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem poczty elektronicznej i telefonii komórkowej informacji dotyczących działań szkoleniowych prowadzonych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej a także
w celu dokonania ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości tych działań. [ ]  **tak |** [ ]  **nie**
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w celu informacyjnym i promocyjnym przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i rozpowszechnianie wizerunku utrwalonego na zdjęciach i filmach. [ ]  **tak |** [ ]  **nie**
7. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oraz potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji. [ ]  **tak |** [ ]  **nie**

Administratorem Państwa danych osobowych jest Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej z siedzibą w Warszawie przy ul. Nowogodzkiej 62a.

Z Inspektorem ochrony danych w Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej można kontaktować się pod nr tel. 601131654.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych będzie udzielona zgoda.

Państwa dane będą przetwarzane w celach na które udzielili Państwo powyżej zgody.

Państwa dane mogą być przekazywane procesorom w związku ze zleconymi przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej zadaniami oraz podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Państwa dane nie będą przekazane do państw trzecich.

Okres przetwarzania Państwa danych osobowych będzie wynosił 10 lat.

Ponadto, informujemy, że mają Państwo prawo:

* żądania dostępu do swoich danych osobowych,
* sprostowania danych,
* żądania uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, w tym poprzez przedstawienie dodatkowego oświadczenia,
* usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania,
* wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych,
* przeniesienia Państwa danych osobowych,
* tego, by nie podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu i wywołuje wobec Państwa skutki prawne lub w podobny sposób wywiera istotny wpływ

Mają Państwo prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania Państwa danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem. W przypadku wątpliwości co do prawidłowości przetwarzania Państwa danych osobowych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych jest warunkiem uczestnictwa w szkoleniu. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej nie korzysta
z systemów służących do zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Podpis uczestnika** |  |
| **Data i miejscowość** |  |

Niniejszym **wyrażam zgodę na uczestnictwo wyżej wymienionego pracownika/wolontariusza\*\*** w szkoleniu organizowanym przez MCPS i zaświadczam, że ww. osoba jest zatrudniona w instytucji, którą kieruję. Zobowiązuję się do oddelegowania ww. pracownika/wolontariusza na szkolenie lub w przypadku jego rezygnacji zobowiązuję się do oddelegowania innego pracownika w zastępstwie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Podpis przełożonego** |  |
| **Data i miejscowość** |  |

***\*niepotrzebne skreślić***

***\*\* wolontariusz*** *– osoba, z którą spisane jest porozumienie o współpracy.*