**Zgłoszenie na drugi PRZEGLĄD ARTYSTYCZNY TWÓRCZOŚCI OSÓB STARSZYCH**

Termin: 5-6 PAŹDZIERNIKA 2019 R.

Miejsce: Centrum Konferencyjno-Szkoleniowe Boss, ul. Żwanowiecka 20,   
04-849 Warszawa

1. Nazwa podmiotu (organizacji, instytucji, etc.) kierującego uczestników na przegląd

………………………………………………………………………………………….

1. Adres podmiotu

…………………………………………………………………………………………

1. Telefon kontaktowy do osoby wyznaczonej do kontaktu z ramienia podmiotu

…………………………………………….

1. E-mail do osoby wyznaczonej do kontaktu …………………………….

Podpis i pieczęć osoby decyzyjnej z ramienia podmiotu (organizacji, instytucji, etc.) kierującego uczestników na przegląd

……………………………………………………

*Oświadczenie uczestnika przeglądu dotyczące* *danych osobowych*

1. Ja, niżej podpisana/y potwierdzam uczestnictwo w w/w wydarzeniu.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że przegląd jest finansowany ze środków własnych Samorządu Województwa Mazowieckiego.
3. Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej z siedzibą w Warszawie przy   
   ul. Nowogrodzkiej 62a, w celu realizacji działań związanych z przeglądem prowadzonych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, a także w celu dokonania ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości tych działań.
4. Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem poczty elektronicznej i telefonii komórkowej informacji dotyczących działań związanych z przeglądem prowadzonych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, a także w celu dokonania ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości tych działań.
5. 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.
6. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oraz potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość wskazanych powyżej informacji.
7. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na, iż administratorem danych osobowych jest Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej z siedzibą w Warszawie przy ul. Nowogrodzkiej 62a. Z Inspektorem Ochrony Danych w Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej można kontaktować się drogą elektroniczną pod adresem: iod@mcps.com.pl. Podstawą prawną przetwarzania danych będzie udzielona zgoda. Dane będą przetwarzane w celach na które została udzielona powyższa zgoda. Dane mogą być przekazywane procesorom w związku ze zleconymi przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej zadaniami oraz podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Dane nie będą przekazane do państw trzecich. Okres przetwarzania danych osobowych będzie wynosił 5 lat.
8. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na o tym, że mam prawo do:

* 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 moich danych osobowych,
* przeniesienia moich danych osobowych,
* tego, by nie podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu i wywołuje wobec mnie skutki prawne lub w podobny sposób wywiera istotny wpływ.

9. Mam prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem. W przypadku wątpliwości co do prawidłowości przetwarzania danych osobowych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Podanie danych jest warunkiem uczestnictwa w przeglądzie. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej nie korzysta z systemów służących do zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Zgłoszenie należy przesłać na adres: martyna.poplawska@mcps.com.pl **do dnia   
25 września 2019 r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Sekcja[[1]](#footnote-1)** | **Transport[[2]](#footnote-2)** | **Nocleg[[3]](#footnote-3)** | **Podpis** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |

1. Wpisać odpowiednio nazwę sekcji: taneczno-muzyczna, teatralno-poetycka, kabaretowo-monologowa, rękodzieło, [↑](#footnote-ref-1)
2. Wpisać TAK, jeżeli istnieje zapotrzebowanie na transport lub NIE, jeżeli nie ma takiego zapotrzebowania, [↑](#footnote-ref-2)
3. Wpisać TAK, jeżeli uczestnik wyraża chęć noclegu lub NIE, jeżeli uczestnik nie wyraża chęci noclegu. [↑](#footnote-ref-3)