**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**UDZIAŁU w spotkaniu dla przedstawicieli oświaty**

**organizowanego przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej,**

**TERMIN**: /proszę zaznaczyć jeden wybrany termin zaznaczając w wolnym okienku przy terminie/

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 13 listopada 2019 r. | w Samorządowym Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Radomiu, ul. Kościuszki 5a (w sali 209, II piętro) |
|  | 15 listopada 2019 r. | w Samorządowym Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Siedlcach, ul. M. Asłanowicza 2 (w sali 101, I piętro) |
|  | 20 listopada 2019 r. | w Samorządowym Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Ciechanowie, ul. H. Sienkiewicza 33 (w sali nr 1 na parterze) |
|  | 25 listopada 2019 r. | w Samorządowym Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Ostrołęce, ul. Piłsudskiego 38 (w sali 08 na parterze) |
|  | 27 listopada 2019 r. | w Samorządowym Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Płocku, ul. Gałczyńskiego 26 (w sali 01, poziom -1) |
|  | 22 listopada 2019 r. | w Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 62a, Warszawa (w sali konferencyjnej MCPS, VI piętro) |
|  | 29 listopada 2019 r. |

**DATA WPŁYWU FORMULARZA: …………………………………. /wypełnia MCPS/**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czytelnie wypełniony formularz zgłoszeniowy, podpisany i opatrzony pieczątką firmową należy przesłać do dnia – najpóźniej na trzy dni przed danym terminem spotkania** e-mailem (w postaci załącznika .PDF) na adres: [luiza.burba@mcps-efs.pl](mailto:luiza.burba@mcps-efs.pl)  W razie pytań prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem: (22) 622 42 32 wew. 41  Wydział Ekonomii Społecznej  **Luiza Burba,** tel.: (22) 622 42 32 wew. 41  e-mail: [luiza.burba@mcps-efs.pl](mailto:luiza.burba@mcps-efs.pl) | |
|  |  |

**DANE INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ DO UDZIAŁU W SPOTKANIU**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA INSTYTUCJI** | |
|  | |
| **ULICA** | **NR LOKALU** |
|  |  |
| **KOD POCZTOWY** | **MIEJSCOWOŚĆ** |
|  |  |
| **TELEFON** | **E-MAIL** |
|  |  |

**DANE OSÓB ZGŁOSZONYCH DO UDZIAŁU W SPOTKANIU:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1 .IMIĘ I NAZWISKO** | **STANOWISKO** |
|  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY**  **(stacjonarny lub komórkowy)** | **E-MAIL** | | | |
|  |  | |
| Proszę o wyżywienie wegetariańskie\*\*  TAK  NIE | | |
| **Dodatkowe potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeżeli występują – prosimy o ich wskazanie** | | |
| **2.IMIĘ I NAZWISKO** | **STANOWISKO** | |
|  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY**  **(stacjonarny lub komórkowy)** | **E-MAIL** | | |
|  |  |
| Proszę o wyżywienie wegetariańskie  TAK  NIE | |
| Dodatkowe potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeżeli występują – prosimy o ich wskazanie | |
| **3 .IMIĘ I NAZWISKO** | **STANOWISKO** | | | | |
|  |  | | | | |
| **TELEFON KONTAKTOWY**  **(stacjonarny lub komórkowy)** | **E-MAIL** | | | | |
|  |  | | | | |
| Proszę o wyżywienie wegetariańskie  TAK  NIE | | | | | |
| Dodatkowe potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeżeli występują – prosimy o ich wskazanie | | | | | |
| **4.IMIĘ I NAZWISKO** | **STANOWISKO** | | | | |
|  |  | | | | |
| **TELEFON KONTAKTOWY**  **(stacjonarny lub komórkowy)** | **E-MAIL** | | | | |
|  |  | | | | |
| Proszę o wyżywienie wegetariańskie  TAK  NIE | | | | | |
| Dodatkowe potrzeby wynikające z niepełnosprawności, jeżeli występują – prosimy o ich wskazanie | | | | | |

**ZGODY I UPOWAŻNIENIA**

1. Ja, niżej podpisana/-y potwierdzam uczestnictwo w spotkaniu dla instytucji oświatowych organizowanych w ramach projektu pt*. „Koordynacja Ekonomii Społecznej na Mazowszu w latach 2019-2022”* , w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.

□ tak □ nie

1. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działanie 9.3 Rozwój ekonomii społecznej.

□ tak □ nie

1. Jestem świadoma/-my, iż przysłanie  niniejszego zgłoszenia w spotkaniu nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się.

□ tak □ nie

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Nowogrodzkiej 62a, do celów monitoringu i ewaluacji projektu „*Koordynacja ekonomii społecznej na Mazowszu w latach 2019-2022*”. Wiem, że mam prawo do dostępu oraz możliwość poprawienia danych, zgodnie z przepisami ustawy z o ochronie danych osobowych.

□ tak □ nie

1. Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem poczty elektronicznej i telefonii komórkowej informacji dotyczących działań prowadzonych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej a także w celu dokonania ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości tych działań.

□ tak □ nie

1. 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

1. 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. Nowogrodzkiej 62a. Inspektorem ochrony danych w Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej można kontaktować się pisząc na adres e-mail: iod@mcps.com.pl

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych będzie udzielona zgoda. Dane będą przetwarzane w celach, na które udzielili Państwo powyżej zgody. 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.

MCPS zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją projektu przez okres dwóch lat od dnia 31 grudnia roku następującego po złożeniu do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto wydatki dotyczące zakończonego Projektu. Instytucja Zarządzająca informuje Beneficjenta o dacie rozpoczęcia okresu, o którym mowa w zdaniu pierwszym.

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, do 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 spotkaniu dla przedstawicieli instytucji oświatowych, które odbędzie się /zgodnie z harmonogramem podanym wyżej/. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej nie korzysta z systemów służących do zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

**Podpisy uczestników**

…………………………………………………………………………..

Miejscowość, data, podpis

**Niniejszym wyrażam zgodę na uczestnictwo wyżej wymienionych pracowników w spotkaniach organizowanych przez MCPS i zaświadczam, że ww. osoby są zatrudnione w naszej jednostce. Zobowiązuję się do oddelegowania ww. pracowników na spotkanie lub w przypadku ich rezygnacji, zobowiązuję się do oddelegowania innych pracowników w zastępstwie.**

………………………………………………………………………………….

Miejscowość, data, podpis