**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

udziału w konferencjipn. ***„*20 lat po reformie samorządowej  
–** kondycja **służb społecznych w województwie mazowieckim*”*** połączonej z obchodami **Dnia Pracownika Socjalnego**

**TERMIN: 14 listopada 2019 r.  
MIEJSCE:** Instytut Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej im. Macieja Nałęcza Polskiej Akademii Nauk przy ulicy Ks. Trojdena 4 w Warszawie.

**DATA WPŁYWU FORMULARZA: …………………………………………………………………………...**

/wypełnia Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej/

**DANE INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ PRACOWNIKA DO UDZIAŁU W KONFERENCJI:**

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

**DANE OSÓB ZGŁOSZONYCH DO UDZIAŁU W KONFERENCJI (prosimy o zgłoszenie maksymalnie 2 osób):**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. IMIĘ I NAZWISKO** | **STANOWISKO** |
|  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny lub komórkowy)** | **E-MAIL** |
|  |  |
| **PROSZĘ O WYŻYWIENIE WEGETARIAŃSKIE:** **TAK NIE** | |
| DODATKOWE POTRZEBY ORGANIZACYJNE WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, JEŻELI TAKIE SĄ, TO PROSIMY O WSKAZANIE TAKIEJ POTRZEBY. | |
|  | |
| **2. IMIĘ I NAZWISKO** | **STANOWISKO** |
|  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny lub komórkowy)** | **E-MAIL** |
|  |  |
| **PROSZĘ O WYŻYWIENIE WEGETARIAŃSKIE** **TAK NIE** | |
| DODATKOWE POTRZEBY ORGANIZACYJNE WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, JEŻELI TAKIE SĄ, TO PROSIMY O WSKAZANIE TAKIEJ POTRZEBY. | |
|  | |

1. Ja, niżej podpisana/y potwierdzam uczestnictwo w konferencji pn. ***„*20 lat po reformie samorządowej  
– kondycja służb społecznych w województwie mazowieckim*”*** połączonej z obchodami **Dnia Pracownika Socjalnego**  organizowanej przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w dniu 14 Listopada 2019 r.

□ tak □ nie

2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że konferencja jest finansowana ze środków własnych Samorządu Województwa Mazowieckiego.

□ tak □ nie

3. Jestem świadoma/my, iż zgłoszenie się do udziału w konferencji nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem.

□ tak □ nie

4. 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 podejmowanych działań na rzecz osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym w województwie mazowieckim. Wiem, że mam prawo do dostępu oraz możliwość poprawienia danych, zgodnie z przepisami ustawy z o ochronie danych osobowych.

□ tak □ nie

5. 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

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

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach z tym związanych.

1. Administratorem danych osobowych jest:

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 62a, 02-002 Warszawa, tel.: (22) 622 33 06,   
e-mail: mcps@mcps.com.pl.

1. Dane kontaktowe do inspektora danych osobowych: iod@mcps.com.pl.
2. Dane osobowe Pani/Pana:
3. będą przechowywane zgodnie z art. 6 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej „RODO”) w celu:

* wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej;
* realizacji zawartej umowy;

1. mogą zostać udostępnione:

* organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
* organom nadzoru i kontroli – w przypadku, gdy te organy wystąpią o dokumenty lub informacje uwzględniające dane osobowe;
* podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora tj. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 62a, 02-002 Warszawa, tel.: (22) 622 33 06, e-mail: mcps@mcps.com.pl.

1. będą przechowywane przez okres istnienia prawnie uzasadnionego interesu administratora   
   oraz przepisy powszechnie obowiązującego prawa;
2. nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
3. nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania:
5. dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (na zasadach określonych w RODO);
6. wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych   
   (na zasadach określonych w RODO).

**OŚWIADCZENIA**

1. Ja, niżej podpisany/a potwierdzam uczestnictwo w konferencji pn. ***„*20 lat po reformie samorządowej  
   – kondycja służb społecznych w województwie mazowieckim*”*** połączonej z obchodami **Dnia Pracownika Socjalnego** w dniu 14 listopada 2019 r. organizowanej przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
2. Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz potwierdzam zapoznanie się z informacją o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach   
   z tym związanych.

**………………………………………**

**(data i podpis uczestnika nr 1)**

**…………………………………………..**

**(data i podpis uczestnika nr 2)**

**Niniejszym wyrażam zgodę na uczestnictwo wyżej wymienionego pracownika w konferencji organizowanej przez MCPS  
i zaświadczam, że ww. osoba jest zatrudniona w naszej jednostce. Zobowiązuję się do oddelegowania ww. pracownika na konferencję lub w przypadku jego rezygnacji, zobowiązuję się do oddelegowania innego pracownika w zastępstwie.**

**…………………….…………………………………………… /miejscowość, data i podpis przełożonego/**