

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE ON-LINE									
TEMAT SZKOLENIA	„Dom bez przemocy – profilaktyka i niwelowanie skutków stosowania przemocy w rodzinie”								
TERMIN	18 i 22 grudnia 2020 roku								
Formularz zgłoszeniowy CZYTELNICIE WYPEŁNIONY I PODPISANY należy przesłać najpóźniej do dnia 16 grudnia 2020 r. wyłącznie e-mailem na adres: szkolenia@mcps.com.pl (decyduje kolejność zgłoszeń). Kontakt: Biuro Szkoleń Kadr Pomocy Społecznej tel. tel. (22) 376 85 57									
DANE PODMIOTU KIERUJĄCEGO UCZESTNIKA NA SZKOLENIE									
NAZWA PODMIOTU									
NIP					POWIAT				
GMINA					MIEJSCOWOŚĆ				
ULICA					NR BUDYNKU		NR LOKALU		
KOD POCZTOWY			-			NR TELEFONU			
ADRES E-MAIL									
DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA									
IMIĘ I NAZWISKO									
NR TELEFONU					STANOWISKO				
ADRES E-MAIL									
Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y), że szkolenie jest finansowane ze środków własnych Samorządu Województwa Mazowieckiego								☐ TAK	
								☐ NIE	
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	
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	
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	
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	

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem danych osobowych jest Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

Dane kontaktowe:

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej

ul. Nowogrodzka 62A, 02-002 Warszawa

tel. (22) 622 33 06, e-mail: mcps@mcps.com.pl

Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych to e-mail: iod@mcps.com.pl

Pani/Pana dane osobowe:

1. będą przetwarzane w interesie publicznym (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, b, c i e 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);
2. mogą być powierzone wykonawcy, które będzie realizował zlecenie;
3. mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa;
4. będą przechowywane nie dłużej, niż to wynika z przepisów o archiwizacji – do 5 lat.

W granicach i na zasadach opisanych w przepisach prawa, przysługuje Pani/Panu:

1. prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania; lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
2. prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku wątpliwości co do prawidłowości przetwarzania Państwa danych osobowych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
3. 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.

Jestem świadoma(my), że zgłoszenie udziału nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się na szkolenie.

Ja, niżej podpisana(ny) deklaruję chęć udziału w szkoleniu w przypadku zakwalifikowania.

Podanie danych i wyrażenie ww. zgód jest warunkiem koniecznym do wzięcia udziału w szkoleniu, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa.

Data i miejscowość

Podpis uczestnika

Niniejszym wyrażam zgodę na uczestnictwo wyżej wymienionego pracownika/wolontariusza* w szkoleniu organizowanym przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej 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.

** wolontariusz – osoba, z którą instytucja zawarła porozumienie o współpracy*

Data i miejscowość

Podpis przełożonego