

| FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE ON-LINE  |                      |  |   |             |  |  |             |  |  |
|--|----------------------|--|---|-------------|--|--|-------------|--|--|
| TEMAT SZKOLENIA  | „Dialog motywujący”  |  |   |             |  |  |             |  |  |
| TERMIN   | 11 czerwca 2021 roku |  |   |             |  |  |             |  |  |
| <b>Formularz zgłoszeniowy CZYTELNI WYPEŁNIONY I PODPISANY należy przesać najpóźniej do dnia 8 czerwca 2021 r. wyłącznie e-mailem na adres: <a href="mailto:szkolenia@mcps.com.pl">szkolenia@mcps.com.pl</a> (decyduje kolejność zgłoszeń).</b><br>Kontakt: Biuro Szkoleń Kadr Pomocy Społecznej 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  |                      |  |   |             |  |  |             | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |  |
| Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowska 80/82, w celu realizacji działań szkoleniowych prowadzonych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, a także w celu dokonania ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości tych działań |                      |  |   |             |  |  |             | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> 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   |                      |  |   |             |  |  |             | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> 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   |                      |  |   |             |  |  |             | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> 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   |                      |  |   |             |  |  |             | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |  |

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem danych osobowych jest Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

### Dane kontaktowe:

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej

ul. Grzybowska 80/82, 00-844 Warszawa

tel. (22) 376 85 00, e-mail: [mcps@mcps.com.pl](mailto:mcps@mcps.com.pl)

Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych to e-mail: [iod@mcps.com.pl](mailto: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**