FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE ON-LINE	
TEMAT SZKOLENIA	**„Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie”**
TERMIN	25 czerwca 2021 roku

Formularz zgłoszeniowy CZYTELNIE WYPEŁNIONY I PODPISANY należy przesłać najpóźniej do dnia 22 czerwca 2021 r. wyłącznie e-mailem na adres: szkolenia@mcps.com.pl **(decyduje kolejność zgłoszeń).**
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-MAILA PODMIOTU									

DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA			
IMIĘ I NAZWISKO			
NR TELEFONU		STANOWISKO	
ADRES E-MAILA UCZESTNIKA, NIEZBĘDNY DO ZALOGOWANIA NA SZKOLENIE			

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. 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	☐ 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. Grzybowska 80/82, 00-844 Warszawa
tel. (22) 376 85 00, 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 i pieczątka przełożonego**

ul. Grzybowska 80/82, 00-844 Warszawa, tel.: 22 376 85 00
www.mcps.com.pl, e-mail: mcps@mcps.com.pl