|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA WIZYTĘ STUDYJNĄ** | | | | | | |
| TEMAT WIZYTY | **Dwudniowa wizyta studyjna w podmiotach ekonomii społecznej (CIS i KIS)** | | | | | |
| TERMIN | **28 – 29 września 2021 r.** | | | | | |
| **Formularz zgłoszeniowy CZYTELNIE WYPEŁNIONY I PODPISANY należy przesłać w formie skanu dokumentu najpóźniej do dnia 22.09.2021 r. do godz. 12:00 r. na adres: aneta.sepka@mcps.com.pl**  Osoba do kontaktu: Aneta Sępka, tel. 22 376 85 63, e-mail: aneta.sepka@mcps.com.pl | | | | | | |
| **DANE PODMIOTU KIERUJĄCEGO UCZESTNIKA NA WIZYTĘ STUDYJNĄ** | | | | | | |
| NAZWA PODMIOTU |  | POWIAT | |  | | |
| GMINA |  | MIEJSCOWOŚĆ | |  | | |
| ULICA |  | NR BUDYNKU | |  | | |
| NR LOKALU |  | KOD POCZTOWY | |  | | |
| **DANE UCZESTNIKA WIZYTY STUDYJNEJ** | | | | | | |
| IMIĘ  I NAZWISKO |  | | | | | |
| NR TELEFONU |  | STANOWISKO | | |  | |
| ADRES  E-MAIL |  | | | | | |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | | | | |
| OGRANICZENIA ZWIĄZANE Z DIETĄ | Tak, jakie? | | Nie | | | |
| ZAPOTRZEBOWANIE NA TRANSPORT  Z WARSZAWY  I Z POWROTEM | Tak | | Nie | | | |
| ZAPOTRZEBOWANIE NA NOCLEG | 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 wizyty studyjnej organizowanej 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 telefonicznym i poczty elektronicznej informacji dotyczących wizyty studyjnej organizowanej przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej. | | | | | | 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](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, eRozporządzenia 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. będą 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.

**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 wizytę.**

**Ja, niżej podpisana(ny) deklaruję chęć udziału w wizycie studyjnej w przypadku zakwalifikowania.**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Data i miejscowość** |  |  |  | **Podpis uczestnika** |  |

Niniejszym wyrażam zgodę na uczestnictwo wyżej wymienionego pracownika w wizycie organizowanej przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej i zaświadczam, że ww. osoba jest zatrudniona w instytucji, którą kieruję.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Data i miejscowość** |  |  |  | **Podpis przełożonego** |  |