**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA KONFERENCJĘ  
„ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH WYZWANIEM POLITYKI SPOŁECZNEJ NA MAZOWSZU”**

**Termin:** 29 listopada 2021 r.

**Miejsce:** Centrum Konferencyjne IBIP PAN, ul Ks. Trojdena 4, 02-190 Warszawa

**Data wpływu formularza:**

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

**Nazwa instytucji:** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Ulica:** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Nr lokalu:** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Kod pocztowy:** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Miejscowość:** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Telefon:** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**E-mail:** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ DO UDZIAŁU W KONFERENCJI**

Prosimy o zgłoszenie maksymalnie 2 osób z instytucji. Decyduje kolejność nadesłanych formularzy. W liczbie zgłaszanych osób proszę uwzględnić osoby zgłoszone do wyróżnienia. Liczba miejsc jest ograniczona.

**Imię i nazwisko uczestnika:** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Stanowisko:** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Telefon kontaktowy (stacjonarny lub komórkowy):** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**E-mail:** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Wyżywienie wegetariańskie:** Tak Nie

Dodatkowe potrzeby organizacyjne wynikające z niepełnosprawności, jeżeli takie są, to prosimy o wskazanie:

Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. Potwierdzam uczestnictwo w konferencji z okazji Dnia Pracownika Socjalnego „Rozwój usług społecznych wyzwaniem polityki społecznej na Mazowszu”.

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, że 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,00-844 Warszawa, ul. Grzybowska 80/82 do celów uczestnictwa w konferencji.

Tak Nie

5. Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem poczty elektronicznej i telefonii komórkowej informacji dotyczących konferencji.

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

**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 i e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 – 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 (na zasadach określonych w RODO).
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.

…………………………………….. ……………………………………..

Data i miejscowość Podpis uczestnika