|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SEMINARIUM ON-LINE** |
| TEMAT SEMINARIUM | **„Współpraca pracowników OPS z osobami chorymi psychicznie, ich rodzinami i samorządem lokalnym - procedury przymusowego leczenia i ubezwłasnowolnienia”** |
| TERMIN | **17 listopada 2021 roku.** |
| Formularz zgłoszeniowy **CZYTELNIE WYPEŁNIONY, BEZ SKREŚLEŃ I PODPISANY** należy przesłać najpóźniej do dnia 15 listopada 2021 r. |
| Formularz zgłoszeniowynależy przesłaće-mailem **WYŁĄCZNIE** na adres:szkolenia@mcps.com.pl (decyduje kolejność zgłoszeń). Kontakt: Biuro Szkoleń Kadr Pomocy Społecznej tel. (22) 376 85 57 |
| Podanie **WSZYSTKICH** wymaganych danych i wyrażenie **WSZYSTKICH** zgód jest warunkiem koniecznym do wzięcia udziału w seminarium, a odmowa ich podania lub niewyrażenie którejkolwiek zgody jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w seminarium. |
| **DANE PODMIOTU KIERUJĄCEGO UCZESTNIKA NA SEMINARIUM** |
| NAZWA PODMIOTU |  |
| NIP |  | POWIAT |  |
| GMINA |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA |  | NR BUDYNKU |  | NR LOK. |  |
| KOD POCZTOWY |  |  | - |  |  |  | NR TELEFONU |  |
| ADRES E-MAIL PODMIOTU  |  |
| **DANE UCZESTNIKA SEMINARIUM** |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| NR TELEFONU |  | STANOWISKO |  |
| INDYWIDUALNY ADRES E-MAIL UCZESTNIKA **OBOWIĄZKOWO** |  |
| Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y), że seminarium 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 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. 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 seminarium.**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |  |   |   |   |
|
|   |   |   |  |   |   |   |
|  | **Data i miejscowość** |  |  |  | **Czytelny podpis uczestnika** |  |

Niniejszym wyrażam zgodę na uczestnictwo wyżej wymienionego pracownika/wolontariusza**\*** w seminarium 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 seminarium 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** |  |  |  | **Czytelny podpis i pieczątka przełożonego** |  |