

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE ON-LINE** | | | | | | | | | | | | | |
| TEMAT SZKOLENIA | **Symptomy wykorzystywania seksualnego dzieci i młodzieży** | | | | | | | | | | |  | |
| TERMIN | 14 listopada 2022 r. | | | | | | | | | | |
| **Formularz zgłoszeniowy CZYTELNIE WYPEŁNIONY, BEZ SKREŚLEŃ I PODPISANY  należy przesłać najpóźniej do dnia 10 listopada 2022 r.** | | | | | | | | | | | | | |
| Formularz zgłoszeniowy należy przesłać e-mailem **WYŁĄCZNIE** na adres: [szkolenia@mcps.com.pl](mailto:szkolenia@mcps.com.pl) (decyduje kolejność zgłoszeń).  Kontakt: Biuro Szkoleń Kadr Pomocy Społecznej tel. 22 376 85 57, 22 376 85 90 | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE PODMIOTU KIERUJĄCEGO UCZESTNIKA NA SZKOLENIE** | | | | | | | | | | | | | |
| NAZWA PODMIOTU | |  | | | | | | | | | | | |
| POWIAT | |  | | | | | | | MIEJSCOWOŚĆ | |  | | |
| ULICA | |  | | | | | | | NR BUDYNKU | |  | | |
| KOD POCZTOWY | |  |  | - |  | |  |  | NR TELEFONU | |  | | |
| ADRES E-MAIL PODMIOTU | |  | | | | | | | | | | | |
| **DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA** | | | | | | | | | | | | | |
| IMIĘ  I NAZWISKO | |  | | | | | | | | | | | |
| NR TELEFONU | |  | | | | | | | STANOWISKO |  | | | |
| **INDYWIDUALNY ADRES E-MAIL UCZESTNIKA** | | | | | |  | | | | | | | |
| 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 oraz na wykorzystanie wizerunku w celu udziału w wydarzeniu (szkolenie, seminarium) realizowanych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej | | | | | | | | | | | | | □ TAK |
| □ NIE |
| Podanie **WSZYSTKICH** danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym oraz wyrażenie **WSZYSTKICH** zgód jest warunkiem koniecznym do wzięcia udziału w wydarzeniu. | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **DANE PODMIOTU KIERUJĄCEGO UCZESTNIKA NA SZKOLENIE ON-LINE** |

**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 na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, 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) oraz ustawy o pomocy społecznej,
2. zostaną powierzonemu wyłonionemu Wykonawcy w ramach postępowania o udzielenie zamówienia publicznego,
3. mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa,
4. będą przechowywane nie dłużej, niż to wynika z przepisów prawa.

**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.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Data i miejscowość** |  |  |  | **Czytelny 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.**

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

***\**** *wolontariusz – osoba, z którą instytucja zawarła porozumienie o współpracy*