|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA WIZYTĘ STUDYJNĄ DEDYKOWANĄ KOŁOM GOSPODYŃ WIEJSKICH** | | | | | | |
| Termin | **28-29 czerwca 2023 r.** | | | | | |
| Miejsce | **Według ramowego programu z noclegiem w Hotelu Gromada, woj. świętokrzyskie** | | | | | |
| Formularz zgłoszeniowy **CZYTELNIE WYPEŁNIONY, BEZ SKREŚLEŃ I PODPISANY** należy przesłać najpóźniej **do dnia 20 czerwca 2023 r.** | | | | | | |
| Formularz zgłoszeniowynależy przesłaće-mailemna adres: [elwira.owczarek@mcps.com.pl](mailto:elwira.owczarek@mcps.com.pl)  (decyduje kolejność zgłoszeń). Kontakt: tel. (22) 376 85 63 | | | | | | |
| Podanie **WSZYSTKICH** wymaganych danych i wyrażenie **WSZYSTKICH** zgód jest warunkiem koniecznym do wzięcia udziału w spotkaniu, a odmowa ich podania lub niewyrażenie którejkolwiek zgody jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w spotkaniu. | | | | | | |
| **DANE UCZESTNIKA SPOTKANIA** | | | | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO | |  | | | | |
| Nr telefonu | |  | adres e-mail |  | | |
| Nazwa KGW | |  | | | | |
| Adres KGW | |  | | | | |
| Powiat | |  | | | | |
| Gmina | |  | | | | |
| Ulica | |  | | | | |
| Kod pocztowy | |  | | | | |
| **SPECJALNE POTRZEBY i INFORMACJE DODATKOWE** | | | | | | |
| Specjalne potrzeby żywieniowe | | Tak, jakie?.................................. | | | Nie | |
| Przestrzeń dostosowana do specjalnych potrzeb ruchowych | | Tak, w jaki sposób?..................... | | | Nie | |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego | | Tak | | | Nie | |
| Pomoc asystenta | | Tak | | | Nie | |
| Inne, jakie? | |  | | | | |
| 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 wykorzystanie mojego wizerunku przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w celu informacyjnym i promocyjnym. 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](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 ramach realizacji Planu Rozwoju Ekonomii Społecznej dla Mazowsza oraz zadań wynikających z Krajowego Programu Rozwoju Ekonomii Społecznej i Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej 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. 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 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 spotkanie.**

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

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