



pieczęć instytucji zgłaszającej

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

SZKOLENIE: Praktyczne aspekty pracy zespołów interdyscyplinarnych

TERMIN: 6,7,8 listopada 2017 r.

MIEJSCE: Rzemieślnik. Ośrodek szkoleniowo-wypoczynkowy, ul. Brzostowa 28, 07-306 Brok

Formularz zgłoszeniowy CZYTELNI WYPEŁNIONY I PODPISANY należy przesać do dnia 15.09.2017 r. faksem na numer 89 542 42 74 lub e-mailem (zeskanowany) na adres rekrutacja.zespoły@osb.edu.pl. W razie pytań prosimy o kontakt pod numerem telefonu 600-800-171 – osobą odpowiedzialną za rekrutację na wyżej wymienione szkolenie jest Magdalena Okoniewska

DANE INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ PRACOWNIKA DO UDZIAŁU W SZKOLENIU:

| | |
|-------------------------|--------------------|
| NAZWA INSTYTUCJI | |
| | |
| ULICA | NR LOKALU |
| | |
| KOD POCZTOWY | MIEJSCOWOŚĆ |
| | |
| TELEFON | E-MAIL |
| | |

DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ DO UDZIAŁU W SZKOLENIU:

| | |
|-------------------------------------------------------|-------------------|
| IMIĘ I NAZWISKO | STANOWISKO |
| | |
| TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny lub komórkowy) | E-MAIL |
| | |

DODATKOWE INFORMACJE:

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wyżywienie wegetariańskie | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| Osoba z niepełnosprawnością oraz specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności: | TAK <input type="checkbox"/> -> Rodzaj wymaganego wsparcia (np. winda, podjazd): NIE <input type="checkbox"/> |

1. Ja, niżej podpisana/y potwierdzam uczestnictwo w szkoleniu organizowanym przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że szkolenie jest finansowane ze środków Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej i przeprowadzone jest w ramach realizacji Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
3. Jestem świadoma/my, iż zgłoszenie się do udziału w szkoleniu nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182).
5. 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.
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu rekrutacji i realizacji szkolenia pt. „Praktyczne aspekty pracy zespołów interdyscyplinarnych”. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne. Mam prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych. Mam prawo do wyrażenia sprzeciwu na przetwarzanie jego danych osobowych jednak jakakolwiek odmowa podania danych lub sprzeciw na ich przetwarzanie jest równoznaczny z brakiem możliwości udziału w szkoleniu.

.....
Data

.....
Podpis uczestnika

Niniejszym wyrażam zgodę na uczestnictwo wyżej wymienionego pracownika w szkoleniu organizowanym przez MCPS i zaświadczam, że ww. osoba jest zatrudniona w naszej instytucji. Zobowiązuję się do oddelegowania ww. pracownika na dane szkolenie lub w przypadku jego rezygnacji, zobowiązuję się do oddelegowania innego pracownika w zastępstwie.

.....
Data

.....
Podpis przełożonego