



pieczęć instytucji zgłaszającej

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**SZKOLENIE:** Praktyczne aspekty pracy zespołów interdyscyplinarnych

**TERMIN:** 18,19,20 października 2017 r.

**MIEJSCE:** Hotel Olimpijski ul. 17 Stycznia 60, 06-400 Ciechanów

**Formularz zgłoszeniowy CZYTELNIIE 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](mailto: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:**

|                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| <b>NAZWA INSTYTUCJI</b> |                    |
|                         |                    |
| <b>ULICA</b>            | <b>NR LOKALU</b>   |
|                         |                    |
| <b>KOD POCZTOWY</b>     | <b>MIEJSCOWOŚĆ</b> |
|                         |                    |
| <b>TELEFON</b>          | <b>E-MAIL</b>      |
|                         |                    |

#### **DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ DO UDZIAŁU W SZKOLENIU:**

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b>IMIĘ I NAZWISKO</b>                                | <b>STANOWISKO</b> |
|   |                   |
| <b>TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny lub komórkowy)</b> | <b>E-MAIL</b>     |
|   |                   |

#### **DODATKOWE INFORMACJE:**

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