



Województwo
Śląskie

ROPS

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
Województwa Śląskiego

FUNDACJA
ulica

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI
DO UDZIAŁU W SZKOLENIU**

**Szkolenie z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień
Studium profilaktyczne skoncentrowane na rozwiązaniach**

DANE KANDYDATA / KANDYDATKI DO PROJEKTU			
Imię:		Nazwisko:	
Wiek:	Zaznacz „X” we właściwym polu ☐ Mam 19-64 lata ☐ Mam 65 lub więcej lat		
Telefon:		e-mail:	
Wykształcenie: (kierunek)			
Grupa zawodowa:	Zaznacz „X” we właściwym polu ☐ jestem pracownikiem systemu oświaty ☐ jestem przedstawicielem systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej		
DANE DOTYCZĄCE INSTYTUCJI DELEGUJĄCEJ			
Nazwa Instytucji:			
Ulica:			
Nr budynku:		Nr lokalu:	
Kod pocztowy:		Miejscowość:	
Poczta:			
Gmina:			
Charakterystyka instytucji	Zaznacz „X” we właściwym polu ☐ podmiot publiczny ☐ podmiot niepubliczny ☐ inny		

OŚWIADCZENIA KANDYDATA / KANDYDATKI DO PROJEKTU

☐

Akceptuję wszystkie poniższe

Akceptuję wszystkie poniższe:

1. Ja, niżej podpisana/y, deklaruję uczestnictwo we całości szkolenia z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, Studium profilaktycznego skoncentrowane na rozwiązaniach.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności grupy docelowej uprawniające do udziału w Projekcie.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z rekrutacją do Projektu.
4. Wyrażam zgodę na wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku dla celów działań informacyjno - promocyjnych związanych z realizacją Projektu.
5. Jestem świadoma/y, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
6. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest realizowany w ramach Programu przeciwdziałania uzależnieniom w województwie śląskim na lata 2022-2030 i współfinansowane ze środków Samorządu Województwa Śląskiego
7. Uprzedzona/y o odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajanie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Data, miejscowość

podpis pracownika

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Oświadczam, że Pan(i) (imię i nazwisko) _____ jest
zatrudniony/a w (nazwa zakładu pracy) _____ na
stanowisku _____ oraz, że w ramach pełnienia swoich
obowiązków służbowych pracuje z dziećmi i/lub młodzieżą.

Data, miejscowość

podpis i pieczęć pracodawcy

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH

Zgodnie z art. 13 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) Dz. Urz. UE L 119/1, informuję, iż:

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest Fundacja Pomocy Dzieciom ULICA z siedzibą w Katowicach ul. Mikołowska 72a, KRS 0000253040, NIP 222 081 25 57, e-mail ulica@fundacjaulica.pl, tel. 505 879 503.
2. Dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za ochronę danych osobowych w Fundacji Pomocy Dzieciom ULICA z siedzibą w Katowicach ul. Mikołowska 72a:
Adrian Kowalski – Prezes Zarządu, e-mail adrian@fundacjaulica.pl, tel. 512 337 937.
3. Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu rekrutacji i uczestniczenia w Szkoleniach z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, Studium profilaktycznego skoncentrowane na rozwiązaniach.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w powyższym celu jest Pani/Pana zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) oraz obowiązek prawny wynikający z art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).
5. Podanie danych osobowych w tym danych o wieku, wykształceniu, rodzaju pracy, jest dobrowolne aczkolwiek ich nie podanie uniemożliwi przeprowadzenia rekrutacji.
6. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a w zakresie danych korespondencyjnych operatorowi pocztowemu lub kurierowi.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia (przy uwzględnieniu ograniczeń z art. 17 ust. 3 RODO) oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Niepodanie danych skutkuje brakiem możliwości zakwalifikowania do uczestnictwa w szkoleniu.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Pomocy Dzieciom moich danych osobowych zawartych na niniejszym formularzu oraz utrwalanie podczas szkolenia mojego wizerunku i jego rozpowszechnianie, w następujących celach: rekrutacji i uczestnictwa w szkoleniu oraz w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Nie będzie to miało wpływu na przetwarzanie, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Data, miejscowość

podpis kandydata / kandydatki do projektu