# 

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Pieczęć podmiotu zgłaszającego

**TEMAT SZKOLENIA: „Lokalne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień”**

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMIN SZKOLENIA. Szkolenie 100 godzinne. Składa się z czterech sesji:**  **Sesja 1 : 22-24.06.2015 r.**  **Sesja 2 : 09-11.09.2015 r.**  **Sesja 3 : 19-21.10.2015 r.**  **Sesja 4 : 23-25.11.2015 r.** | |
| **MIEJSCE SZKOLENIA:**  **ETOH Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych  ul. Mszczonowska 6, 01-254 Warszawa** | |
| Formularz zgłoszeniowy czytelnie wypełniony (DRUKOWANYMI LITERAMI) i podpisany należy przesłać faksem na numer: 22 622 47 32  lub e-mailem (zeskanowany) na adres: [**katarzyna.kowolik@mcps.com.pl**](mailto:katarzyna.kowolik@mcps.com.pl) **lub** [**malgorzata.wolagiewicz@mcps.com.pl**](mailto:malgorzata.wolagiewicz@mcps.com.pl)  W razie pytań prosimy o kontakt pod numerem telefonu 22 622 42 32 w 69 – osobami odpowiedzialnymi za szkolenie są: Katarzyna Kowolik  i Małgorzata Wołągiewicz. **Lista osób zakwalifikowanych na szkolenie zostanie podana na stronie** [**www.mcps.com.pl**](http://www.mcps.com.pl) **w zakładce „aktualne szkolenia”- najpóźniej tydzień przed rozpoczęciem 1 sesji szkolenia.** | |
|  |

**DANE INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ PRACOWNIKA DO UDZIAŁU W SZKOLENIU:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA INSTYTUCJI** | | | |
|  | | | |
| **ULICA** | **NR LOKALU /DOMU** | | |
|  |  | | |
| **KOD POCZTOWY** | **MIEJSCOWOŚĆ** | **GMINA** | **POWIAT** |
|  |  |  |  |
| **TELEFON** | **E-MAIL** | | |
|  |  | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** | |
|  | |
| **ZAWÓD** | **WYKSZTAŁCENIE (KIERUNEK)** |
|  |  |
| **NUMER TELEFONU KOMÓRKOWEGO** | **E-MAIL** |
|  |  |
| |  | | --- | | **KORZYSTAM Z TRANSPORTU:**  **Warszawa Dw. Zachodni   ul. Tunelowa – Ośrodek Warszawa**  **w dn.22.06.2015r,. o godz.10.00.** | |  | |  | | **NIE KORZYSTAM Z TRANSPORTU**  **Warszawa Dw. Zachodni   ul. Tunelowa – Ośrodek Warszawa**  **w dn.22.06.2015r,. o godz.10.00.** |

1. Ja, niżej podpisany/a potwierdzam uczestnictwo w szkoleniu organizowanym przez Wydział ds. Profilaktyki Uzależnień MCPS.

2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że szkolenie jest finansowana przez MCPS.

3.Oświadczam, iż zapoznałam/em się i akceptuję postanowienia Regulaminu Uczestnictwa w Szkoleniach Organizowanych przez Wydział ds. Profilaktyki Uzależnień Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej zamieszczonego na stronie: [www.mcps.com.pl](http://www.mcps.com.pl)

4. Dane osobowe Uczestników konferencji będą przetwarzane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2002 r.   
Nr 101, poz. 926, ze zm.).

5. Administratorem danych osobowych Uczestników szkolenia jest Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie z siedzibą przy ulicy Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa. Państwa dane osobowe zostały powierzone do Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej na podstawie odrębnej umowy. Organizator będzie przetwarzał dane osobowe wyłącznie w celu przygotowania i realizacji szkolenia w związku z sprawą: MCPS.ZP/RR/351-24/2014/U. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak nie podanie przez Państwa danych osobowych uniemożliwi udział w szkoleniu. Każdy Uczestnik ma prawo dostępu do swoich danych oraz prawo do ich poprawiania na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych. Każdy Uczestnik ma prawo   
do wyrażenia sprzeciwu na przetwarzanie jego danych osobowych. Wyrażenie sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych Uczestnika szkolenia złożone w trakcie trwania szkolenia uważane będzie za wycofanie się Uczestnika ze szkolenia.

…………..…………….

**Data i podpis uczestnika**

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

…………………………...…………………..…….

**Data i podpis kierownika/dyrektora jednostki**