Załącznik nr 3 do Regulaminu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**na szkolenia dla JST w obszarze Deinstytucjonalizacji**

NAZWA PROJEKTU: **Liderzy kooperacji**

Projekt konkursowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

|  |
| --- |
| **Formularz zgłoszeniowy wypełniony drukowanymi literami i podpisany należy przesłać**e-mailem (zeskanowane) na adres: kamila.przybycien@sejmik.kielce.pl**do dnia 07.04.2022 r.** (decyduje data wpływu zgłoszenia do ROPS w Kielcach)W razie pytań, prosimy o kontakt pod numerem telefonu: **41 342 18 74** |
| **DANE INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ PRACOWNIKA**

|  |
| --- |
| **NAZWA INSTYTUCJI** |
|  |
| **ADRES** |
|  |
| **TELEFON** | **E-MAIL** |
|  |  |
| **ORIENTACYJNY TERMIN** (proszę wskazać) |  |

 |

**DANE ZGŁOSZONEJ OSOBY\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko** | **Imię** | **Stanowisko** |
| 1. |  |  |  |

**\* w przypadku zgłoszenia większej liczby osób NALEŻY** **wypełnić i wysłać odrębny „Formularz zgłoszeniowy”.**

**UWAGA: każdy Formularz należy przesłać odrębną wiadomością e-mail.**

|  |
| --- |
| **SPECJALNE POTRZEBY** (proszę w odpowiednim miejscu wpisać jakie, natomiast w przypadku wystąpienia pierwszej specjalnej potrzeby proszę o jej telefoniczne zgłoszenie pracownikowi ROPS prowadzącemu rekrutację min. 3 dni robocze przed szkoleniem) |
| Przestrzeń dostosowana do specjalnych potrzeb ruchowych |  |
| Specjalne potrzeby żywieniowe |  |
| Inne |  |

………………………………………. ………………………………………...

Pieczątka instytucji Data i podpis pracodawcy

**OŚWIADCZENIE**

1. Ja, niżej podpisana/y potwierdzam uczestnictwo w szkoleniu w obszarze DI dla Jednostek Samorządu Terytorialnego (JST) w ramach projektu partnerskiego pn. „Liderzy kooperacji”. Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój - Działanie 2.5 "Skuteczna pomoc społeczna" - "Wypracowanie i wdrożenie modeli kooperacji pomiędzy instytucjami pomocy społecznej i integracji społecznej a podmiotami innych polityk sektorowych m.in. pomocy społecznej, edukacji, zdrowia, sądownictwa i policji".
2. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Liderzy kooperacji”. Projekt konkursowy realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Jestem świadoma/y, iż zgłoszenie się do udziału w szkoleniu w obszarze DI dla Jednostek Samorządu Terytorialnego (JST) nie jest równoważne z zakwalifikowaniem.
4. Dane osobowe zawarte w formularzu zgłoszeniowym przetwarzane są w celu przeprowadzenia rekrutacji do ww. projektu zgodnie z art. 6 ust.1lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzeniem 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). Mam prawo do żądania wglądu w swoje dane, do ich poprawienia, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
5. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych administratora wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl.
6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej. W oparciu o dane Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji w tym będących wynikiem profilowania.
8. Dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji zgodnie z właściwymi przepisami prawa.
9. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
10. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail) w ramach organizowanego szkolenia.

………………………………………. ………………………………………...

Miejscowość, data Podpis osoby zgłoszonej