**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

**DWUDNIOWE SZKOLENIE: ,,** **Zaburzenia psychiczne a używanie środków psychoaktywnych”**

**Miejsce szkolenia: Centrum Konferencyjne Hotel Fokus\*\*\* al. Warszawska 109, 20-832 Lublin**

**Terminy szkolenia** (proszę o wstawienie znaku X obok terminu szkolenia, w którym będą Państwo uczestniczyć):

** Gr. I: 22-23.10.2019 r.** ** Gr. II: 24-25.10.2019 r**.

** Gr. III: 25-26.11.2019 r.** ** Gr. IV: 27-28.11.2019 r**.

Proszę o wypełnienie karty zgłoszeniowej **drukowanymi literami i** przesłanie jej pocztą na adres: **Instytut Szkoleń Biznesowych, ul. Skautów 11B, 20-055 Lublin** lub faksem na numer: **/81/ 470-71-74.**, drogą elektroniczną na adres: **sekretariat@iszb.pl** z dopiskiem w temacie: **„Zaburzenia psychiczne a używanie środków psychoaktywnych”**.
O zakwalifikowaniu zgłoszonych osób do udziału w szkoleniu decyduje kolejność zgłoszeń oraz spełnienie kryteriów kwalifikacyjnych. Osoby zakwalifikowane do udziału w szkoleniu informowane są o tym fakcie telefonicznie lub drogą elektroniczną. **Niezwłocznie po otrzymaniu takiej informacji należy osobiście lub listownie dostarczyć oryginał karty zgłoszeniowej na ww. adres wykonawcy.**

NAZWA INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCEJ ………………………………………………………………………………………………………

ULICA ………………….…………..NR DOMU/LOKALU ……..KOD POCZTOWY …..……… MIEJSCOWOŚĆ: ………………………

TELEFON: …………………………FAKS: ……………………………… E-MAIL: ………………………………………………………….

DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ DO UDZIAŁU W SZKOLENIU

DO UDZIAŁU W SZKOLENIU ZGŁASZAM PANIĄ/PANA:

IMIĘ I NAZWISKO: ……………………………………………………………………………………………………………………………...

ZATRUDNIONA/Y W……………………………………………………………………………………………………………………………

ZAJMOWANE STANOWISKO………………………………………………………………………………………………………………….

STAŻ PRACY NA STANOWISKU ……………………………………………………………………………………………………………..

NR TELEFONU OSOBY ZGŁOSZONEJ: ……………………………………..E-MAIL: ……………………………………..........................

……………………………. ………………………………………. ………………………………………………….

 *(data) pieczęć* ***instytucji zgłaszającej*** *czytelny podpis osoby zgłaszającej pracownika*

 *(****dyrektora/kierownika)***

KORZYSTANIE Z NOCLEGU: □ TAK □ NIE

JESTEM ZAINTERESOWANA/ZAINTERESOWANY POSIŁKAMI WEGETARIAŃSKIMI: □ TAK □ NIE

MAM SZCZEGÓLNE WYMAGANIA ŻYWIENIOWE ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA: □ TAK □ NIE

PROSZĘ OPISAĆ CZEGO DOTYCZĄ:…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………..

 *(czytelny podpis* ***osoby zgłoszonej****)*

**** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie, w celu uczestnictwa w ww. szkoleniu, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art.9 ust. l lit. a 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).

**** Oświadczam, że wyrażam zgodę dobrowolnie oraz zostałem poinformowany, że mam prawo wglądu, poprawienia swoich danych, usunięcia swoich danych oraz sprzeciwu wobec ich przetwarzania do wyżej wspomnianego celu.

………………………………………………………..

 *(czytelny podpis* ***osoby zgłoszonej****)*

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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie
z siedzibą przy ul. Diamentowej 2, 20-447 Lublin.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych iod.rops@lubelskie.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach uczestnictwa w szkoleniu na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do momentu odwołania zgody nie dłużej niż 5 lat .
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody oraz prawo do przenoszenia danych.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku podejrzenia, że sposób przetwarzania Pani / Pana danych osobowych przez administratora narusza rozporządzenie o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować niemożliwością uczestnictwa w szkoleniu .
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich poza Europejski Obszar Gospodarczy.

Data i podpis .....................