**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

**na dwudniowe szkolenie stacjonarne**„Metody pracy z osobą z zaburzeniami psychicznymi i jej rodziną, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży”

Termin szkolenia:

Gr. I: 20-21.09.2021 r. Gr. II: 29-30.09.2021 r.

w godzinach: w godzinach:

dzień I 9:00-16:35 dzień I 9:00-16:35

dzień II 9:00-14:55 dzień II 9:00-14:55

Miejsce szkolenia: Hotel Ilan \*\*\*\*, ul. Lubartowska 85 Lublin

Prosimy o czytelne wypełnienie karty zgłoszeniowej i przesłanie e-mailem (w formie skanu) na adres **e-mail:** sekretariat@iszb.pl lub fax **81 4707174** tel.: **881 955 844** oraz adres: **Instytut Szkoleń Biznesowych Mariusz Wiśniewski** O zakwalifikowaniu zgłoszonych osób decyduje spełnienie kryteriów projektowych oraz kolejność zgłoszeń. Osoby zakwalifikowane na szkolenie informowane są o tym fakcie telefonicznie lub drogą e-mailową. **Osoby, które zostały poinformowane o zakwalifikowaniu na szkolenie, niezwłocznie od dnia uzyskania takiej informacji powinny osobiście, bądź listownie dostarczyć oryginał karty zgłoszeniowej na adres Wykonawcy.**

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

 instytucja zatrudniająca do 50 pracowników

 instytucja zatrudniająca powyżej 50 pracowników

*(pieczęć instytucji)*

**NAZWA INSTYTUCJI:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

ULICA: ……………………………………………………………………………. NR DOMU/LOKALU ……………………………………………………..

KOD POCZTOWY: …………………………………… MIEJSCOWOŚĆ: ………………………………………………….................................……......

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

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

1. DO UDZIAŁU W SZKOLENIU ZGŁASZAM PANIĄ/PANA:

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

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

TELEFON **(służbowy)**…………………………………….. ……….E-MAIL (służbowy): ………………………………………………………………….…

……………………………………………………….

*(czytelny podpis osoby zgłoszonej)*

*Niniejszym zaświadczam, że wyżej wymieniona osoba jest zatrudniona w naszej jednostce.*

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

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

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 Województwo Lubelskie - 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. e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
5. Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane odbiorcom uprawnionym na mocy przepisów prawa, podmiotom świadczącym usługi wsparcia i serwisu oraz firmie Instytut Szkoleń Biznesowych Mariusz Wiśniewski, ul. Skautów11 B, 20 -055 Lublin w związku z organizacją szkolenia.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
7. 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.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować niemożliwością uczestnictwa w szkoleniu .
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich poza Europejski Obszar Gospodarczy.