Formularz Zgłoszeniowy

Poniższy formularz jest zgłoszeniem do udziału **w 35 godz. warsztatach**

pn**. „Spójrz Inaczej” klasy I-III w** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Ich celem jest przygotowanie grupy kompetentnych realizatorów rekomendowanego Programu Spójrz Inaczej w klasach I-III (**nauczycieli, wychowawców psychologów i pedagogów).

**Zadanie publiczne jest realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia i współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii**

przez Stowarzyszenie Psychoprofilaktyki Spójrz Inaczej. Nazwa własna zadania: „Program <Spójrz Inaczej> w zreformowanej szkole – szkolenie realizatorów w klasach I-III"

Warsztat odbędzie się **w terminie: 18-21 maja 2019 roku w Grudziądzu**  **tel**. \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ , **e-mail**: \_ \_ \_\_ \_\_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Udział w szkoleniu wymaga zgody i oddelegowania nauczyciela od zajęć w macierzystej placówce w dn**.20 i 21.05 2019 r **(poniedziałek i wtorek). W te dni w ramach warsztatów szkoleniowych będą prowadzone zajęcia ćwiczeniowe z uczniami w klasach.**

Opis i przebieg szkolenia – do pobrania ze strony internetowej Stowarzyszenia SI (Aktualności) lub: *strony:* ODiDZN

**DANE UCZESTNIKA**

**Imię i Nazwisko uczestnika:**

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

**Adres email (!):** Telefon:

Macierzysta placówka (nazwa szkoły w której pracujesz i jest to Twoje główne miejsce zatrudnienia)

Funkcja/stanowisko w tej szkole (nauczyciel klas I-III, nauczyciel przedmiotu, świetlicy, pedagog, psycholog).

***Zobowiązuję się po ukończeniu szkolenia do przeprowadzenia rocznego cyklu zajęć „Spójrz Inaczej” w jednej klasie (grupie).***

Data zgłoszenia: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Podpis:\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

*Prosimy o wysłanie wypełnionego, podpisanego i zeskanowanego zgłoszenia oraz podpisanej i zeskanowanej klauzuli obowiązku informacyjnego Stowarzyszenia Psychoprofilaktyki Spójrz Inaczej, na adres mailowy: …………………………………………………………(adres e-mailowy wolontariusza – organizatora grupy). Temat informacji:* Zgłoszenie **„Projekt SI KBPN 2019” - \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** (*nazwa miejscowości szkolenia)*).

**KLAUZULA OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO**

**STOWARZYSZENIA PSYCHOPROFILAKTYKI „SPÓJRZ INACZEJ” W STARACHOWICACH**

Zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rade (UE) 2016/679 z 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 – RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Stowarzyszenie Psychoprofilaktyki „Spójrz Inaczej”. Kontakt: Stowarzyszenie Psychoprofilaktyki Spójrz Inaczej 27-200 Starachowice, ul. Radomska 72 tel. 41 274 18 e-mail: spojrz\_inaczej@adres.pl
2. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 4 pkt 2 Rozporządzenia, w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Stowarzyszenia Psychoprofilaktyki „Spójrz Inaczej” i nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
3. Odbiorcami danych osobowych są Pracownicy i Członkowie Stowarzyszenia Psychoprofilaktyki „Spójrz Inaczej”
4. Dane osobowe przetwarzane będą w okresie niezbędnym do realizacji Państwa obsługi oraz w zgodzie z wymogami prawa.
5. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
6. Posiadają Państwo prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność w prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, zgodnie z przepisami prawa.
7. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek w przypadku ich niepodania, nie będziemy w stanie świadczyć Państwu usług.
9. Nie podlegają Państwo zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie będą profilowane.

 Podpis:………………………………......

 Data………………………………………