



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### Szkolenie edukacyjne realizowane w ramach projektu:

*Szkolenia edukacyjne - Zachowania ryzykowne i uzależnienia dzieci i młodzieży*

| Dane personalne uczestnika:  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Informacje ogólne o kandydacie na uczestnika projektu</b>                     | Imię/Imiona  |  |
|  | Nazwisko   |  |
|  | Płeć   | <input type="checkbox"/> Kobieta<br><input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| <b>Pracuję jako</b>  | <input type="checkbox"/> Nauczyciel przedmiotu/przedmiotów .....<br>(proszę wpisać jaki/jakie)<br><input type="checkbox"/> Pedagog<br><input type="checkbox"/> Psycholog<br><input type="checkbox"/> Inne stanowisko, jakie? ..... |  |
| <b>Miejsce zamieszkania<sup>1</sup></b>  | Ulica  |  |
|  | Nr domu  |  |
|  | Nr lokalu  |  |
|  | Miejscowość  |  |
|  | Kod pocztowy   |  |
|  | Województwo  |  |
|  | Powiat   |  |
| <b>Dane kontaktowe</b>   | Gmina  |  |
|  | Telefon  |  |
| <b>Pełna nazwa miejsca pracy</b><br>(np. szkoła lub inna placówka oświatowa)     | Adres poczty elektronicznej (adres e-mail)   |  |
|  |  |  |
| <b>Dane kontaktowe miejsca pracy</b><br>(np. szkoła lub inna placówka oświatowa) | Adres:   |  |
|  | Adres poczty elektronicznej (adres e-mail):  |  |
| <b>Termin szkolenia</b><br>Proszę zaznaczyć jeden termin                         | <input type="checkbox"/> 01.12.2018 r. [sobota]  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 08.12.2018 r. [sobota]  |  |

Strona | 1

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 25. Kodeks Cywilny- miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu





### Motywacja wzięcia udziału w szkoleniu edukacyjnym

|  |  |
|--|--|
| <p>Dlaczego jest Pan/Pani zainteresowany/a udziałem w projekcie? Co jest Pana/Pani główną motywacją?<br/>(max 1500 znaków)</p> |  |
| <p>W jaki sposób wykorzysta Pan/Pani zdobytą wiedzę przyszłości? (max 1500 znaków)</p>   |  |

Strona | 2

Uprzedzony/na o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Zgodnie z art.13 i 14 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, Dziennik Urzędowy UE, L 119/1 z 4 maja 2016 informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie Wspólnota Bona Fide z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Ściegiennego 134, 60 - 304 Poznań, tel. 798 - 054 - 999, adres e-mail: [wspolnotabonafide@wp.pl](mailto:wspolnotabonafide@wp.pl).
2. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji szkolenia edukacyjnego.
3. Ma Pani/Pan prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego [tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa], gdy uznane zostanie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.
4. Pani/Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji szkolenia edukacyjnego.





6. Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie uniemożliwi Pani/Panu udział w szkoleniu.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi informacjami.

---

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

---

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/  
UCZESTNICZKI

Wypełniony i podpisany odręcznie formularz zgłoszeniowy należy przesać skanem na adres mailowy [wspolnotabonafide@wp.pl](mailto:wspolnotabonafide@wp.pl) do **26 listopada 2018 r. [poniedziałek]**

Formularz w formie papierowej (oryginał) należy przekazać prowadzącym podczas szkolenia.

