Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w szkoleniach organizowanych przez Branżowe Centrum Umiejętności
w Dziedzinie Terapii Zajęciowej

Wniosek o przyjęcie do Branżowego Centrum Umiejętności w Dziedzinie Terapii Zajęciowej w Wałbrzychu na szkolenie/kurs:

.....

(nazwa kursu/szkolenia)

.....

(termin kursu/szkolenia)

Formularz należy wypełnić czytelnie i DRUKOWANYMI literami

Wypełniony dokument należy dostarczyć osobiście do siedziby BCU w Dziedzinie Terapii Zajęciowej, najpóźniej w pierwszym dniu szkolenia.

Dane podstawowe				
Imię				
Nazwisko				
Data urodzenia				
Miejsce urodzenia				
PESEL				
Wykształcenie*	**Zawodowe**	**Średnie**	**Policealne**	**Wyższe**
Dane kontaktowe				
Telefon				
Adres e-mail				

Dane adresowe	
Obywatelstwo	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica, numer domu/lokalu	
Kod pocztowy	

***Zaznacz „X" w odpowiednim polu.**

<u>Oświadczenie uczestnika:</u>

☐ Oświadczam, że dane podane w formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym oraz jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

☐ Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w szkoleniach organizowanych przez Branżowe Centrum Umiejętności w Dziedzinie Terapii Zajęciowej w Wałbrzychu i akceptuję ich postanowienia.

☐ Oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi formalne określone w Regulaminie oraz wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.

☐ Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w ofercie edukacyjnej.

☐ Deklaruję udział w danym kursie/szkoleniu oraz przystąpienie do egzaminu końcowego. W przypadku rezygnacji zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora.

…… ……

Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata/tki

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w szkoleniach organizowanych przez Branżowe Centrum Umiejętności
w Dziedzinie Terapii Zajęciowej

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. - RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest LAFER PRO Daniel Sobczyk, ul. Zajęcza 4, 57-300 Kłodzko;
2. Z Administratorem można się kontaktować telefonicznie: +48 74 810 83 4 lub mailowo: kontakt@laferpharm.com
3. Powołany inspektor ochrony danych: Rafał Guzik; kontakt: abi@vp.pl
4. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu realizacji zawarcia umowy szkoleniowej, wystawienia certyfikatu / zaświadczenia zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO, a także w ramach realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z prowadzeniem dokumentacji księgowej i podatkowej oraz w celu zapewnienia prawidłowej organizacji szkolenia na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO;
5. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania celów określonych w pkt 4.
6. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być podmioty świadczące na rzecz administratora usługi księgowe, informatyczne, organizacyjne lub prawne – wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania.
7. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania szkolenia oraz po jego zakończeniu przez czas wynikający z przepisów prawa lub niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń.
8. Państwa dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu, a także nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Przysługuje Państwu prawo dostępu do danych, sprostowania danych, usunięcia danych w sytuacji, gdy przetwarzanie nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku prawnego ciążącego na administratorze lub wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej, prawo ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo przenoszenia danych oraz niepodlegania decyzjom opartym wyłącznie na profilowaniu.
10. Przysługuje Państwu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

……

Data i podpis kandydata/tki

ZGODA
NA UTRWALANIE WIZERUNKU W ZWIĄZKU Z UCZESTNICTWEM W SZKOLENIU ORGANIZOWANYM PRZEZ BRANŻOWE CENTRUM UMIEJĘTNOŚCI W DZIEDZINIE TERAPII ZAJĘCIOWEJ W WAŁBRZYCHU

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na nieodpłatne utrwalanie oraz przetwarzanie mojego wizerunku w formie fotografii oraz materiałów audiowizualnych, wykonanych podczas szkoleń organizowanych przez Lafer PRO Daniel Sobczyk (dalej: „Organizator"), w celach związanych z promocją przedsięwzięcia.
Zgoda obejmuje wykorzystanie, rozpowszechnianie oraz publikację mojego wizerunku, w szczególności w celach informacyjnych, promocyjnych, marketingowych, edukacyjnych na stronach internetowych, w mediach społecznościowych, w materiałach drukowanych (ulotki, broszury, plakaty, publikacje), w prezentacjach, raportach, materiałach szkoleniowych.
Wyrażam również zgodę na przekazanie oraz wykorzystanie mojego wizerunku przez partnerów biznesowych, patronów oraz podmioty ściśle współpracujące z Organizatorem wyłącznie w związku z realizacją i promocją ww. wydarzeń oraz działalnością szkoleniową. Zgoda obejmuje utrwalanie i wykorzystywanie wizerunku bez ograniczeń czasowych i terytorialnych, bez prawa do dodatkowego wynagrodzenia z tego tytułu.
Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie cofnięcia zgody w dowolnym momencie, co nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystania wizerunku przed jej cofnięciem.
***niepotrzebne skreślić**

……
Data i podpis kandydata/tki