

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Szkolenie dla terapeutów uzależnień w zakresie psychoterapii grupowej, realizowany przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego**

**08.03.2024 r. - 16.06.2024 r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAZWISKO I IMIĘ | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | | |
| TELEFON: | ADRES E-MAIL: | | |
| WYKONYWANY ZAWÓD/ WYKSZTAŁCENIE (KIERUNEK)(podkreśl właściwą odpowiedź, lub uzupełnij)  specjalista psychoterapii uzależnień, osoba będąca w programie szkoleniowym w zakresie specjalistów psychoterapii uzależnień, inny/jaki…………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………….…..………………………………………………………… | | | |
| Czy jesteś zatrudniona/y w placówce leczenia uzależnień tak / nie | | |  |
| WYŻYWIENIE WEGETARIAŃSKIE | | WYŻYWIENIE MIĘSNE | |

**UWAGA:**Liczba miejsc na konferencji jest ograniczona. Wypełnione i podpisane formularze prosimy przesłać na adres **e-mail: idziewulska@ipz.edu.pl**.

W przypadku pytań czy wątpliwości prosimy o kontakt z osobą koordynującą: Iwona Dziewulska tel. 603 254 393 lub 22 863 90 97 wew. 116, e-mail: [idziewulska@ipz.edu.pl](mailto:idziewulska@ipz.edu.pl)

………………………………………………

**data i podpis uczestnika**

**Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, realizowane na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom**

**Klauzula informacyjna**

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (IPZ PTP) z siedzibą w Warszawie 02-412, ul. Gęślarskiej 3.
2. Przestrzeganie zasad ochrony danych w Instytucie nadzoruje wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się poprzez e-mail: [inspektor@mbrk.pl](mailto:inspektor@mbrk.pl)
3. Dane osobowe w celu zapisu, organizacji, komunikacji z uczestnikami szkolenia oraz w celu wydania stosownych zaświadczeń o wzięciu udziału w szkoleniu przetwarzane są w oparciu o prawnie uzasadniony interes IPZ PTP – (art. 6 ust. 1 lit. f) RODO. W celach wysyłania powiadomień i informacji dotyczących działań szkoleniowych prowadzonych przez Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody – (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO.
4. Odbiorcami danych osobowych uczestników szkolenia są: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (na podstawie zawartej umowy z IPZ PTP), podmioty świadczące usługi na rzecz IPZ PTP, z którymi zostały zawarte stosowne umowy powierzenia przetwarzania danych oraz podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe uczestników szkolenia będą przetwarzane do czasu realizacji celu jakim jest jego przeprowadzenie, tj. 6 lat od zakończenia szkolenia, wcześniejszego zgłoszenia sprzeciwu lub przedawnienia ewentualnych roszczeń. W przypadku wysyłania powiadomień i działań informacyjnych na temat bieżących inicjatyw Instytutu Psychologii Zdrowia PTP, Państwa dane osobowe przechowywane będą do momentu wycofania zgody.
6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
7. prawo dostępu do treści danych, prawo do sprostowania danych, prawo do przenoszenia danych, prawo żądania usunięcia danych osobowych przetwarzanych bezpodstawnie, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do sprzeciwu,
8. w przypadku działań informacyjnych Instytutu Psychologii Zdrowia PTP - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie i w dowolny sposób, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
9. prawo do niepodlegania profilowaniu skutkującemu podejmowaniem decyzji opierających się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, wywołującemu skutki prawne lub mającemu inny istotny wpływ,
10. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale jednocześnie niezbędne do realizacji celów wskazanych w ust. 3.

☐TAK ☐NIE Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz otrzymywanie w przyszłości za pośrednictwem poczty elektronicznej informacji dotyczących działań szkoleniowych prowadzonych przez Instytut psychologii Zdrowia PTP.

……………………………………….. ………………………………………………

**data**  **podpis uczestnika**