**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Studium Pomocy Psychologicznej dla Par - SPPdP G I 2024**

1. **Imię i nazwisko: ...................................................................................................................................................................**

**PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Telefony kontaktowe:..........................................................................................................................**
2. **Adres do korespondencji:……………………… ………………………………………………………......**
3. **mail. ……………………………………………………………………………………………………………..**

**5 Miejsce pracy ………………………………………………………………………………………..…………**

**6. Wykształcenie wyższe: ……………………………… Kierunek …………………………………………………….**

**7. Rodzaj wykonywanej pracy, związanej z pomaganiem ……………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**8. Dotychczas odbyte szkolenia związane z pomocą psychologiczną …………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Data podpis**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych uczestników szkolenia**

**Studium Pomocy Psychologicznej dla Par**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych objętych formularzem oraz podanych w załączonych dokumentach przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego z siedzibą ul. Gęślarska 3 02-412 Warszawa (zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych).**

**Zostałem/am poinformowany/a, o tym, że:**

**1. Administratorem moich danych osobowych podanych w formularzu jest przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego z siedzibą ul. Gęślarska 3 02-412 Warszawa.**

**2. Udostępniono mi kontakt z wyznaczonym w Instytucie inspektorem ochrony danych osobowych, Panią Katarzyna Mączyńska, e mail: inspektor@mbrk.pl**

**3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyjęcia na szkolenie, organizację oraz uczestnictwo w szkoleniu oraz wydanie stosowanych zaświadczeń i certyfikatów.**

**4. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale jednocześnie jest warunkiem przyjęcia na szkolenie.**

**5. Mam prawo do żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz prawo do złożenia oświadczenia o cofnięciu każdej wyrażonej zgody w każdym czasie. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.**

**6. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres 6 lat.**

**7. Moje dane nie będą przekazywane innym podmiotom.**

**8. Moje dane nie będą przekazywane do państw trzecich/organizacji międzynarodowych.**

**9. Moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.**

**10. Przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).**

**………………………………**

**Podpis**