Zgłoszenie do szkolenia

**Studium Poradnictwa Psychologicznego   
i Interwencji Kryzysowej edycja XVIII 2023**

Imię (imiona) i nazwisko ( czytelnie )..................................................................................................................

data i miejsce urodzenia ......................................................................województwo..........................................

Adres domowy z kodem ......................................................................................................................................

...............................telefon……………………… adres e-mail...........................................................................

Miejsce pracy (nazwa placówki, adres)...............................................................................................................

…………………………………………..............................................................................................................

zawód ………………................................................. wykształcenie..................................................................

stanowisko ...........................................................................................................................................................

1. Czego szczególnie oczekujesz od szkolenia ?

…………………………………………..............................................................................................................

…………………………………………..............................................................................................................

…………………………………………..............................................................................................................

1. W jakich działaniach zawodowych planujesz wykorzystać zdobyte umiejętności?

…………………………………………..............................................................................................................

…………………………………………..............................................................................................................

…………………………………………..............................................................................................................

…………………………………………..............................................................................................................

1. Czy jesteś zainteresowana/y otrzymywaniem drogą mailową z naszego Instytutu informacji dotyczących wiedzy i metod pomocy psychologicznej…. TAK NIE

**Data……………………….. Podpis …………………………………………………..**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych uczestników szkolenia**

**Studium Pomocy Psychologicznej i Interwencji Kryzysowej I**

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).

Data ……………………….. Podpis ………………………………