FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Niniejszym zgłaszam się do udziału **w kursie kancelaryjno-archiwalnym** w dniach 5-6 i 19-20 października 2019 r.

w Wejherowie *(proszę wstawić w kratkach poniżej swoje imię i nazwisko pisane czytelnie i dużymi literami)*:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Jednocześnie oświadczam, że jestem *(proszę zakreślić odpowiednią kratkę)*:

[ ]  członkiem

[ ]  pracowniczką/pracownikiem bądź współpracowniczką/współpracownikiem

[ ]  członkiem zarządu

[ ]  wolontariuszką/wolontariuszem

[ ]  (inna funkcja) ………………………………………………………………….….

następującej organizacji pozarządowej zarejestrowanej w woj. pomorskim lub jej oddziału terenowego zarejestrowanego w woj. pomorskim:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres organizacji/oddziału terenowego zgodnie z dokumentami rejestrowymi)*

………………………………………………………………………

*(czytelny podpis osoby zgłaszającej się na kurs)*

OŚWIADCZENIE ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ

Potwierdzam, że Pani/Pan ………………………………………………………………..….. jest *(proszę zakreślić odpowiednią kratkę)*:

[ ]  członkiem

[ ]  pracowniczką/pracownikiem bądź współpracowniczką/współpracownikiem

[ ]  członkiem zarządu

[ ]  wolontariuszką/wolontariuszem

[ ]  (inna funkcja) ………………………………………………………………….….

następującej organizacji pozarządowej zarejestrowanej w woj. pomorskim lub jej oddziału terenowego w woj. pomorskim,
do której reprezentowania jestem uprawniona/uprawniony:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres organizacji/oddziału terenowego zgodnie z dokumentami rejestrowymi)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………………… | ……………………………………………………… | ………………………………… |
| *(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania ww. organizacji)* | *(pieczęć organizacji)* | *(data)* |

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH\*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię nazwisko  |  |
| Adres email do kontaktu |  |
| Nazwa organizacji pozarządowej |  |
| Adres organizacji pozarządowej |  |
| Funkcja pełniona w organizacji pozarządowej  |  |

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie, a także wprowadzanie do systemów informatycznych moich danych osobowych, zawartych w ww. formularzu przez Fundację im. Stanisława Flisa „Archiwa Pomorskie” (dalej: Fundacja), z siedzibą w Gdańsku przy ul. Bereniki 29, adres e-mail: asy@archiwapomorskie.pl, w celach związanych z korzystaniem ze wsparcia (tj. udziałem w realizowanych działaniach zadania publicznego „**Wsparcie działalności dokumentacyjnej pomorskich organizacji pozarządowych**” (dalej: zadanie publiczne) zleconego Fundacji przez **Narodowy Instytut Wolności - Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich na lata 2014-2020** (dalej: Zleceniodawcę zadania publicznego):

❒ TAK

❒ NIE

*(proszę zaznaczyć TAK, jeżeli wyraża Pan/Pani powyższą zgodę lub NIE, jeżeli nie wyraża Pan/Pani powyższej zgody)*

W przypadku zaznaczenia opcji "NIE" nie będzie Pan/Pani mieć możliwości dopuszczenia do udziału w realizowanych działaniach zadania publicznego.

Fundacja jest administratorem danych osobowych i zapewnia, że ww. dane będą wykorzystywane wyłącznie w celach związanych z realizacją zadania publicznego i nie dłużej, niż jest to wymagane realizacją ww. zadania publicznego. Fundacja zapewnia, że dane osobowe nie są przekazywane osobom trzecim, za wyjątkiem Zleceniodawcy zadania publicznego, chyba że z takim żądaniem zwrócą się do Fundacji uprawnione instytucje państwowe na podstawie odpowiednich przepisów. Na podstawie podanych przez Pana/Panią danych osobowych nie są podejmowane zautomatyzowane decyzje, w tym nie stosuje się profilowania.

Ma Pan/Pani prawo do:

1. dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
2. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania osobowych (w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora),
3. przenoszenia danych osobowych, o ile spełnione są wymogi przewidziane przepisami,
4. wniesienia skargi do organu nadzorczego.

……………………………………………………………………..…….

Data i czytelny podpis uczestnika

*\*Zgodnie z przepisami 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) uraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz. 1000).*