

Lista obecności na doradztwie grupowym stacjonarnym z zakresu tworzenia i funkcjonowania centrum usług społecznych dla jednostek samorządu terytorialnego i ośrodków pomocy społecznej z województwa warmińsko-mazurskiego, realizowanym w ramach projektu „Spójna Polityka Społeczna Warmii i Mazur“ współfinansowanego ze środków EFS PLUS w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego na lata 2021-2027.

Miejsce i data wsparcia:

Podpis doradcy:

* Składając poniżej podpis, jednocześnie oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do działań w ramach projektu pn. „Spójna Polityka Społeczna Warmii i Mazur” realizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, w związku ze zgłoszeniem na wsparcie. Ponadto oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.Urz.UE.L. 2016.119.1)

Lp.	Imię i nazwisko	Instytucja	Stanowisko	Wyrażam zgodę na publikowanie mojego wizerunku w celach promocyjno-informacyjnych Projektu bez roszczenia jakiegokolwiek wynagrodzenia z tego tytułu *zaznacz	Potwierdzam obecność i skorzystanie z wyżywienia (czytelny podpis*)
1.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
2.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
3.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
4.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	

Lp.	Imię i nazwisko	Instytucja	Stanowisko	Wyrażam zgodę na publikowanie mojego wizerunku w celach promocyjno-informacyjnych Projektu bez roszczenia jakiegokolwiek wynagrodzenia z tego tytułu *zaznacz	Potwierdzam obecność i skorzystanie z wyżywienia (czytelny podpis*)
5.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
6.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
7.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
8.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
9.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
10.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
11.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
12.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
13.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
14.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
15.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	
16.				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *	

Klauzula informacyjna Beneficjenta, klauzula informacyjna ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego oraz klauzula informacyjna Ministra Rodziny i Polityki Społecznej znajduje się na stronie internetowej projektu w zakładce RODO <https://sps.warmia.mazury.pl/rodo>



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską

