

**KARTA ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE**

**FIZJOTERAPIA OSÓB CHORYCH NA MUKOWISCYDOZĘ**

**(poziom podstawowy)**

**19.06.2021r.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Adres zamieszkania:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Mam doświadczenie w pracy z osobami chorymi na mukowiscydozę** | TAK Jak długo?…............................... |  NIE |
| **Prowadzę działalność gospodarczą** | Nazwa firmy:…………………………………………NIP:…………………………….Adres:…………………………………. |

 ..…………..…………………………………

 Data i podpis

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja niżej podpisany/podpisana niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych:...............................................................................:

- imienia i nazwiska tak/nie

- wizerunku tak/nie,

- głosu tak/nie

w celu:

1. udziału w szkoleniu Fizjoterapia Osób Chorych na Mukowiscydozę organizowanym przez Fundację Pomocy Chorym na Mukowiscydozę MUKOHELP dnia 19.06.2021 r. tak/nie,

2. kontaktu w związku z udziałem w szkoleniu Fizjoterapia Osób Chorych na Mukowiscydozę organizowanym przez Fundację Pomocy Chorym na Mukowiscydozę dnia 19.06.2021 r. tak/nie

3. informowania przez Fundację Pomocy Chorym na Mukowiscydozę MUKOHELP o organizacji szkolenia pt. Fizjoterapia Osób Chorych na Mukowiscydozę oraz udziale w nim

- na stronie internetowej Fundacji Pomocy Chorym na Mukowiscydozę MUKOHELP http://muko.help/ tak/nie,

- na profilu Fundacji Pomocy Chorym na Mukowiscydozę MUKOHELP na Facebook'u tak/nie,

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowana/y, iż mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, a także, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie ww. zgody przed jej wycofaniem.

............................................................

 Imię, nazwisko, data i podpis

**Klauzula informacyjna**

1. Administratorem danych osobowych jest Fundacja Pomocy Chorym na Mukowiscydozę MUKOHELP z/s ul. Słowackiego 24/4, 37-500 Jarosław.

2. W związku z organizacją szkolenia Fizjoterapia Osób Chorych na Mukowiscydozę administrator przetwarza dane osobowe uczestników:

a) imię i nazwisko uczestnika w celu udziału w szkoleniu - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO,

b) imię i nazwisko uczestnika, wizerunek i głos w celu informowania przez Fundację Pomocy Chorym na Mukowiscydozę MUKOHELP o organizacji szkolenia - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO.

4. Dane osobowe będą przetwarzane do dnia/do czasu niezbędny do realizacji wskazanych wyżej celów przetwarzania.

5. Dane osobowe zostaną przekazane do państwa trzeciego w związku z przechowywaniem danych osobowych na serwerze Facebook'a.

6. Ma Pan/i prawo do:

a) dostępu do treści danych osobowych oraz ich sprostowania, żądania usunięcia, ograniczenia przetwarzania, do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu, do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,

b) do wniesienia skargi do organu nadzorczego - do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w razie uznania przez Panią/Pana, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.

7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych wymienionych w:

a) pkt 2 a) jest dobrowolne,

b) pkt 2 b) jest dobrowolne.

8. Podane dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.