



Załącznik nr 1

**KARTA ZGŁOSZENIOWA NA SPOTKANIE EDUKACYJNO-SZKOLENIOWE  
w ramach projektu pn. „W poszukiwaniu modelowych rozwiązań”**

Terminy do wyboru (Proszę zaznaczyć „X”):

- Termin 1: **22-24 sierpnia 2023 r.**
- Termin 2: **28-30 sierpnia 2023 r.**
- Termin 3: **12-14 września 2023 r.**
- Termin 4: **26-28 września 2023 r.**

**Trasa: Warszawa – Białystok – Lipniak – 2 mieszkania wspomagane – Białystok – Warszawa**

Prosimy o przesłanie zeskanowanej, kompletnej, poprawnie wypełnionej karty zgłoszeniowej i zgody na przetwarzanie danych osobowych na e-mail: [rops@rops-bialystok.pl](mailto:rops@rops-bialystok.pl) do dnia **25.07.2023 r.**

**LICZBA MIEJSC JEST OGRANICZONA!!!**

Proszę o wypełnienie wszystkich rubryk czytelnie, wielkimi literami lub właściwe zaznaczenie

|                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NAZWA I ADRES INSTYTUCJI</b>                                     |                                                                                       |                                                                                                                                              |
| <b>TEL. / FAX INSTYTUCJI</b>                                        |                                                                                       |                                                                                                                                              |
| <b>E-MAIL INSTYTUCJI</b>                                            |                                                                                       |                                                                                                                                              |
| <b>IMIĘ I NAZWISKO</b>                                              |                                                                                       |                                                                                                                                              |
| <b>STANOWISKO</b>                                                   |                                                                                       |                                                                                                                                              |
| <b>TEL. KONTAKTOWY</b>                                              |                                                                                       |                                                                                                                                              |
| <b>PROSIMY O ZAZNACZENIE<br/>ODPOWIEDNIEGO POŁA<br/>ZNAKIEM „X”</b> | Potwierdzam skorzystanie z transportu                                                 | <input type="checkbox"/> TAK: <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> z Warszawy<br><input type="checkbox"/> z Białegostoku |
|                                                                     | Potwierdzam skorzystanie z noclegu                                                    | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                    |
|                                                                     | Wyżywienie                                                                            | <input type="checkbox"/> tradycyjne<br><input type="checkbox"/> wegetariańskie                                                               |
|                                                                     | Będę korzystać z pokoju hotelowego dostosowanego do potrzeb osób z dysfunkcjami ruchu | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                    |
|                                                                     | Będę korzystać z transportu dostosowanego do potrzeb osób z dysfunkcjami ruchu        | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                    |

**LIDER PROJEKTU**

**Województwo Podlaskie – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku**

ul. Kombatantów 7, 15-110 Białystok, tel. 85 744 72 72, fax. 85 744 71 37, e-mail: [rops@rops-bialystok.pl](mailto:rops@rops-bialystok.pl), [www.rops-bialystok.pl](http://www.rops-bialystok.pl)

**PARTNERZY PROJEKTU**





|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>W przypadku osób ze szczególnymi potrzebami w rozumieniu ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz. U. 2020 r. poz. 1062), prosimy o wskazanie proponowanych usprawnień, celem zapewnienia dostępności podczas organizacji spotkania</b></p>                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <p><i>Podpisanie karty jest równoznaczne z zapoznaniem się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie, obowiązkiem uczestnictwa w spotkaniu edukacyjno-szkoleniowym oraz obowiązkiem niezwłocznego poinformowania organizatorów spotkania o wszelkich zmianach dotyczących powyżej podanych informacji. Ewentualną rezygnację należy zgłaszać nie później niż 3 dni przed spotkaniem. W przypadku rezygnacji w terminie krótszym niż 3 dni, Beneficjent Ostateczny zobowiązuje się do zgłoszenia innej osoby, która zastąpi go w spotkaniu.</i></p> |  |

**Oświadczam, że wyżej wymieniona osoba jest zatrudniona na wskazanym stanowisku pracy**

.....  
(pieczętka instytucji)

.....  
(pieczętka i podpis Dyrektora/Kierownika instytucji lub osoby przez niego upoważnionej)

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a 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), (Dz. Urz. UE. L. 2016.119.1), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w karcie zgłoszeniowej do projektu „W poszukiwaniu modelowych rozwiązań” realizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku, oraz danych wrażliwych, zbieranych do Podsystemu Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego, w związku ze zgłoszeniem na spotkanie edukacyjno-szkoleniowe połączone z wizytą w mieszkaniach wspomaganych na terenie gmin województwa podlaskiego.

Jednocześnie oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych, jak również prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis

#### LIDER PROJEKTU

**Województwo Podlaskie – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku**

ul. Kombatantów 7, 15-110 Białystok, tel. 85 744 72 72, fax. 85 744 71 37, e-mail: rops@rops-bialystok.pl, www.rops-bialystok.pl

#### PARTNERZY PROJEKTU

