………………………………..

*(pieczątka jednostki delegującej)*

**KARTA ZGŁOSZENIA**

**na szkolenie aktualizujące inspektów ochrony przeciwpożarowej**

Jednostka delegująca / firma / osoba prywatna (dane do rachunku)

Nazwa ……………………………………………………………………..………………….…….....

Adres …………………………………………………………………..……………………..………..

NIP ………………………………………………………………..……………………..……………..

Kieruję Panią/Pana ....................................................................................................................

*( imię i nazwisko, imię ojca)*

Urodzoną/-ego ....................................................................................................................................................

*(data i miejsce urodzenia miejscowość i województwo)*

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

*(adres e-mail, tel. kontaktowy)*

realizowane w dniach **……………………………….. roku** w Ośrodku Szkolenia Komendy
Wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej w Toruniu z siedzibą w Łubiance, ul. Toruńska 72

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

*(miejscowość, data) (podpis kierującego)*

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

*Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych: imię i nazwisko, NIP, data urodzenia, miejsce urodzenia, adres, imię ojca, e-mail, tel. kontaktowy oraz przetwarzanie mojego wizerunku przez Kujawsko - Pomorskiego Komendanta Wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej w celu organizacji i przeprowadzenia w/w szkolenia. Zgodnie z art. 7 ust. 3 wyżej wskazanego Rozporządzenia zgoda udzielona na przetwarzanie danych osobowych może być wycofana w formie oświadczenia na piśmie w dowolnym czasie, nie wpływa to jednak na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.*

*Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem(łam) się z klauzulą informacyjną umieszczoną na stronie ośrodka szkolenia pod adresem* [*http://www.wosz.kujawy.psp.gov.pl/klauzura-informacyjna*](http://www.wosz.kujawy.psp.gov.pl/klauzura-informacyjna)*.*

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

*(miejscowość, data) (podpis kierowanego na szkolenie)*

Informacje dodatkowe:

1. Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.
2. Termin zgłoszenia udziału w szkoleniu mija w czasie wyznaczonym na stronie internetowej ośrodka <http://www.wosz.kujawy.psp.gov.pl/> lub po wyczerpaniu limitu miejsc.
3. Zgłoszenia należy dokonać poprzez przesłanie wypełnionej i zeskanowanej niniejszej *Karty Zgłoszenia* wraz z zeskanowanymi zaświadczeniami odbytych szkoleń SIOP / SIOP-aktual. na adres *osrodek@kujawy.psp.gov.pl**.*
4. Osoba zlecająca szkolenie zobowiązuje się, po potwierdzeniu przez organizatora szkolenia, do uiszczenia opłaty za szkolenie na wskazane konto najpóźniej do dnia rozpoczęcia szkolenia.
5. Koszt szkolenia jednej osoby podany zostanie na stronie ośrodka w informacji ogólnej.