**KARTA ZGŁOSZENIA**

**NA SPOTKANIE**

**pn. *„Aktywny i zdrowy Senior”***

Organizator: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu

Miejsce spotkania: Włocławski Inkubator Innowacji i Przedsiębiorczości, ul. Toruńska 148, Włocławek

Termin spotkania: 13 sierpnia 2019 r.

Zgłaszam uczestnictwo w spotkaniu:

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SWOJE UCZESTNICTWO:** |  |
| **STANOWISKO:** |  |
| **NAZWA INSTYTUCJI: ADRES:** |  |
| **TELEFON:** |  |

**Udział w spotkaniu jest bezpłatny.**

**Parking we własnym zakresie.**

***Liczba miejsc jest ograniczona, o zakwalifikowaniu decyduje kolejność zgłoszeń***

Zgłoszenia można dokonać, w nieprzekraczalnym terminie do dnia: **08.08.19 r.**

|  |
| --- |
| * *przesyłając formularz zgłoszeniowy na e-mail:* [*e.malinowska@rops.torun.pl*](mailto:e.malinowska@rops.torun.pl) *lub faxem na nr  56 657-14-61;* * *telefonicznie pod nr 56 657-14-69;*   **FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO POBRANIA NA STRONIE:** [**www.rops.torun.pl**](http://www.rops.torun.pl) |

|  |
| --- |
| *„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie zgłoszenia na spotkanie świadomościowe dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz.138, 723), zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 zgodnie z ustawą z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1260, 1669)”.*  *„Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że zdjęcia będą wykorzystywane w promocji oraz sprawozdawczości”.* |

…………………………………......  
 /podpis osoby zgłaszającej swoje   
 uczestnictwo\*/

.................................................. .............................................................. ......................................................  
 /Data/ /Pieczęć jednostki/ /podpis kierownika jednostki\*/

*\*podpis obowiązkowy*

**Organizator:** Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, ul. Bartkiewiczówny 93, 87-100 Toruń,   
 tel. 56  657 14 60; fax 56 657 14 61

**Dodatkowe informacje:** Dział Analiz i Programowania, tel. 56  657 14 69