

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
SZKOLENIE INSPEKTORA OCHRONY PRZECIWOPOŻAROWEJ
AKTUALIZUJĄCE

Ośrodek Szkolenia w Warszawie KW PSP w Warszawie
ul. Majdanska 38/40, 04-110 Warszawa
tel. (0-22) 55 95 300 lub (0-22) 810-45-74, fax (0-22) 55 95 303 lub (0-22) 810-45-922
Dane uczestnika

(potrzebne do wypisania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia)

Nazwisko :
Imię :
Data urodzenia : *tylko według formatu (RRRR-MM-DD)*
Urodzona/y w :
województwo ur. : *(naależy wybrać z listy)*
Telefon kontaktowy :
Adres email :
Data wydania aktualnego zaświadczenia :
Nr aktualnego zaświadczenia :

Dane do rachunku

(wystawianego przez KW PSP w Warszawie)

Pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko :
Adres :
Kod pocztowy : Mięscowość :
NIP lub PESEL :
Reprezentowanej przez : *(dane osoby umocowanej lub upoważnionej do reprezentowania)*

Wyślij w załączniku na adres: siop@mazowsze.straz.pl
(tylko e-mailem w formacie xls)

Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych, przez Mazowieckiego Komendanta Wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej w celach związanych ze Szkoleniem Inspektorów Ochrony Przeciwożarowej.

podpis uczestnika szkolenia

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679, zwanego dalej Rozporządzeniem, informujemy, że Administratorem przetwarzającym Pani(a) dane osobowe w ramach monitoringu jest Komenda Wojewódzka Państwowej Straży Pożarnej z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 40, 02-672 Warszawa. Z Inspektorem Ochrony Danych można się skontaktować z wykorzystaniem poczty elektronicznej pisząc maila na adres: ochrona.danych@mazowsze.straz.pl. Pani(a) dane osobowe będą przetwarzane w celu: organizacji, przeprowadzenia i dokumentowania procesu szkolenia oraz zapewnienia bezpieczeństwa w obiekcie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia. Dane osobowe przechowywane będą zgodnie z okresami przyjętymi w zarządzeniu nr 21 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 25 stycznia 2013 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej i jednolitego rzeczowego wykazu akt dla Państwowej Straży Pożarnej (Dz. Urzędowy MSW z 2013 r. poz. 2007). Posiada Pani(-) prawo do dostępu do danych osobowych, prawo ich sprostowania, usunięcia, a także ograniczenia przetwarzania. Przysługuje Pani(u) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeżeli uzna, że przetwarzanie narusza przepisy Rozporządzenia. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości odbycia szkolenia. Przetwarzanie nie podlega automatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do prowadzenia dokumentacji szkoleniowej i wystawienia zaświadczenia.

**Prawidłowość danych osobowych potwierdzam własnoręcznym podpisem
złożonym w dniu rozpoczęcia szkolenia w obecności organizatora**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
SZKOLENIE INSPEKTORA OCHRONY PRZECIWOPOŻAROWEJ
AKTUALIZUJĄCE

Ośrodek Szkolenia w Warszawie KW PSP w Warszawie
ul. Majdanska 38/40, 04-110 Warszawa
tel. (0-22) 55 95 300 lub (0-22) 810-45-74, fax (0-22) 55 95 303 lub (0-22) 810-45-922
Dane uczestnika

(potrzebne do wypisania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia)

Nazwisko :
Imię :
Data urodzenia : *tylko według formatu (RRRR-MM-DD)*
Urodzona/y w :
województwo ur. : *(naależy wybrać z listy)*
Telefon kontaktowy :
Adres email :
Data wydania aktualnego zaświadczenia :
Nr aktualnego zaświadczenia :

Dane do rachunku

(wystawianego przez KW PSP w Warszawie)

Pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko :
Adres :
Kod pocztowy : Mięscowość :
NIP lub PESEL :
Reprezentowanej przez : *(dane osoby umocowanej lub upoważnionej do reprezentowania)*

Wyślij w załączniku na adres: siop@mazowsze.straz.pl
(tylko e-mailem w formacie xls)

Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych, przez Mazowieckiego Komendanta Wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej w celach związanych ze Szkoleniem Inspektorów Ochrony Przeciwożarowej.

podpis uczestnika szkolenia

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679, zwanego dalej Rozporządzeniem, informujemy, że Administratorem przetwarzającym Pani(a) dane osobowe w ramach monitoringu jest Komenda Wojewódzka Państwowej Straży Pożarnej z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 40, 02-672 Warszawa. Z Inspektorem Ochrony Danych można się skontaktować z wykorzystaniem poczty elektronicznej pisząc maila na adres: ochrona.danych@mazowsze.straz.pl. Pani(a) dane osobowe będą przetwarzane w celu: organizacji, przeprowadzenia i dokumentowania procesu szkolenia oraz zapewnienia bezpieczeństwa w obiekcie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia. Dane osobowe przechowywane będą zgodnie z okresami przyjętymi w zarządzeniu nr 21 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 25 stycznia 2013 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej i jednolitego rzeczowego wykazu akt dla Państwowej Straży Pożarnej (Dz. Urzędowy MSW z 2013 r. poz. 2007). Posiada Pani(-) prawo do dostępu do danych osobowych, prawo ich sprostowania, usunięcia, a także ograniczenia przetwarzania. Przysługuje Pani(u) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeżeli uzna, że przetwarzanie narusza przepisy Rozporządzenia. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości odbycia szkolenia. Przetwarzanie nie podlega automatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do prowadzenia dokumentacji szkoleniowej i wystawienia zaświadczenia.

**Prawidłowość danych osobowych potwierdzam własnoręcznym podpisem
złożonym w dniu rozpoczęcia szkolenia w obecności organizatora**

Pierwsza litera duża, pozostałe małe.

Pierwsza litera duża, pozostałe małe

Proszę zwrócić uwagę na format zapisu: **ROK - MIESIĄC - DZIEŃ**

Proszę wpisać miejscowość urodzenia w formie po odmiianie, ...urodzony w: **Wąchocku** a nie "Wąchock".

Proszę wpisać dane niezbędne do sporządzenia umowy i noty księgowej. W przypadku firm: pełna nazwa, adres, NIP, osobę zarządzającą. W przypadku osoby fizycznej: imię i nazwisko, adres, PESEL, swoje imię i nazwisko jako reprezentanta.

Dane dyrektora/kierownika/prezesa lub osoby fizycznej jeżeli sama rekruruje się na szkolenie

W przypadku firmy - podpis przełożonego z pieczętką. W przypadku osoby fizycznej - odręczny czytelny podpis.

Wypełniony formularz należy wysłać w wersji edytowalnej excel na wskazany adres e-mail: siop@mazowsze.pl, zaś wydrukowany oryginał wraz z podpisanymi proszę dostarczyć w dniu rozpoczęcia szkolenia.

Podpis uczestnika szkolenia (czytelny)