

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

*Zgłaszam swój udział w szkoleniu organizowanym przez Centrum Prewencji Terrorystycznej Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego*

z zakresu prewencji terrorystycznej dla funkcjonariuszy oraz urzędników administracji publicznej w ramach projektu „Podnoszenie kompetencji służb bezpieczeństwa państwa, pracowników administracji publicznej i ośrodków naukowo-badawczych oraz rozwój ich współpracy w obszarze bezpieczeństwa narodowego” (POWR.04.03.00-00-0001/18).

1.	Termin szkolenia	
2.	Imię i nazwisko	
3.	Numer telefonu	
4.	Adres e-mail	
5.	PESEL	
6.	Czy jest Pan/Pani zatrudniony/a w administracji publicznej?	TAK/NIE
7.	Nazwa Instytucji	
8.	Dokładny adres Instytucji (województwo, powiat, gmina, miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer budynku, numer lokalu)	
9.	NIP Instytucji	
10.	Stanowisko	
11.	Wykształcenie	
12.	Adres zamieszkania (województwo, powiat, gmina, miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer budynku, numer lokalu)	

13.	Email odpowiadający danym kontaktowym instytucji reprezentowanych przez Uczestnika	
14.	Numer telefonu odpowiadający danym kontaktowym instytucji reprezentowanych przez Uczestnika	
15.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
16.	Czy będzie Pan/Pani korzystać z zakwaterowania?*	Nie dotyczy
17.	Czy potrzebuje Pan/Pani wsparcia dla osób niepełnosprawnych w trakcie trwania szkolenia? Jeśli tak, to jakiego rodzaju?	TAK/NIE
18.	Czy będzie Pan/Pani korzystał/a z posiłków specjalnych (np. dieta wegetariańska, wegańska lub inna)? Jeśli tak, proszę wskazać jaki rodzaj*	Nie dotyczy
19.	Czy będzie Pan/Pani korzystać z opieki nad dzieckiem?*	Nie dotyczy
20.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK/NIE
21.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK/NIE
22.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	TAK/NIE
23.	Uwagi (potrzeby, o które nie zapytano w formularzu, inne)	

\* Punkt 16, 18 i 19 dotyczy tylko szkoleń w formie stacjonarnej.

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria wskazane w regulaminie udziału w szkoleniu, w tym posiadam bezpośredni kontakt z osobami z grup ryzyka lub odpowiadam za przygotowanie takich osób do wykonywania obowiązków służbowych.

Wobec kandydata oraz Uczestnika nie będą podejmowane decyzje opierające się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, a jego dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu przez Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego z siedzibą w Warszawie ul. Rakowiecka 2A, 00-993 Warszawa w celu realizacji uczestnictwa w szkoleniu oraz przez Centrum Projektów Europejskich, ul. Domaniewska 39a, 02-672 Warszawa w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków ponoszonych w projekcie . Przyjmuję do wiadomości, że powyższa zgoda może być w każdej chwili cofnięta.*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu przez Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego z siedzibą w Warszawie ul. Rakowiecka 2A, 00-993 Warszawa w celu komunikacji ze mną za pośrednictwem poczty elektronicznej, telefonu oraz SMS związanej z moim uczestnictwem w szkoleniu. Przyjmuję do wiadomości, że powyższa zgoda może być w każdej chwili cofnięta.*

.....  
(data, podpis Uczestnika)

