OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA SZKOLENIA O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z uczestnictwem w szkoleniu organizowanym przez Tech Solution Partner Tomasz Kowalski wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w celu prowadzenia korespondencji oraz prowadzenia innych działań związanych z organizacją szkolenia – zgodnie z art. 6 ust 1 lit b) wspomnianego Rozporządzenia. Możemy również informować Państwa o innych naszych ofertach szkoleniowych, działając na podstawie art. 6 ust 1 lit f) RODO. Jeżeli wyrazicie Państwo zgodę, będziemy ponadto przetwarzać Państwa dane w celach, do których ta zgoda nastąpi.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest ***Tech Solution Partner Tomasz Kowalski z siedzibą w Tarnowie, ul. Marynarki Wojennej 3C/31, 33-100 Tarnów*, NIP: 6783217048, REGON: 528796674.** ***Dane kontaktowe Administratora: biuro@tspartner.pl, tel.: 602 849 411.***
2. Administrator może przetwarzać różne rodzaje danych, w tym przede wszystkim:
   a) dane identyfikacyjne, w tym: imię, nazwisko, data urodzenia, miejsce urodzenia, nr PESEL, adres zamieszkania, adres zameldowania, wykształcenie, zawód;
   b) dane kontaktowe, w tym w szczególności: adres e-mail, nr telefonu.
3. Administrator nie ma obowiązku wyznaczyć Inspektora Ochrony Danych.
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji szkolenia, przeprowadzenia egzaminu oraz prowadzenia ewidencji wydanych zaświadczeń, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości usług szkoleniowych realizowanych przez Tech Solution Partner Tomasz Kowalski. Dane mogą być również wykorzystywane do celów informacyjnych przy innych wydarzeniach organizowanych przez Tech Solution Partner Tomasz Kowalski.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania i przetwarzania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w szkoleniu.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w art. 140 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. oraz jednocześnie przez czas nie krótszy niż 10 lat od dnia przyznania ostatniej pomocy w ramach PO IiŚ 2014-2020 - z równoczesnym uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje:
   - prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii - na podstawie art.15 RODO,
   - prawo sprostowania swoich danych - na podstawie art. 16 RODO,
   - prawo żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art.18 ust.2 RODO.
   - prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych (wycofanie zgody nie wpływa jednak na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem).
8. Ponadto, osoba, której dane dotyczą, ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 RODO) - w przypadku, gdy uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujących kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Rzeczpospolitej Polskiej. W przypadku pytań, kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych MFIPR jest możliwy:
   - pod adresem: ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
   - pod adresem poczty elektronicznej: IOD@mfipr.govpl

Miejscowość, data i czytelny podpis uczestnika

DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA SZKOLENIA

Wykorzystane do umowy, certyfikatu oraz zaświadczenia

NAZWISKO .....

IMIĘ .....

NAZWISKO RODOWE …….....

NR PESEL .....

DATA URODZENIA .....

MIEJSCE URODZENIA .....

ADRES ZAMIESZKANIA :

Miejscowość .....

Ulica .....

Kod pocztowy ……. nr domu ..... nr mieszkania / lokalu .....

Województwo .....

Gmina ..... Powiat .....

Nr telefonu kontaktowego uczestnika .....

Adres email: .....

……..
……

Data wypełnienia dokumentu

Czytelny podpis osoby przekazujące