*Wydatek współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego*

|  |
| --- |
| **ANKIETA ZGŁOSZENIOWA**  na szkolenie: |
| **„POMOC PUBLICZNA I POMOC DE MINIMIS-OBOWIĄZKI BENEFICJENTóW REALIZUJACYCH PROJEKTY W RAMACH rpO WM 2014-2020**  26 kwietnia 2017 roku, Warszawa |

**1. Dane osoby zgłaszanej na szkolenie:** *( jedna ankieta służy do zgłoszenia jednej osoby )*

|  |
| --- |
| *Imię i nazwisko zgłaszanej osoby* |
|  |
| *Numer telefonu osoby zgłaszanej* |
|  |

**2. Dane instytucji/firmy zgłaszającej osobę na szkolenie:**

|  |
| --- |
| *Pełna nazwa instytucji /firmy zgłaszającej osobę na szkolenie* |
|  |
| *Adres instytucji /firmy zgłaszającej osobę na szkolenie* |
|  |
| *Numer telefonu do instytucji/firmy zgłaszającej osobę na szkolenie* |
|  |
| *Numer REGON instytucji /firmy zgłaszającej osobę na szkolenie* |
|  |

**3. Informacje o zakwalifikowaniu na szkolenie prześlemy na adres e-mail:**

|  |
| --- |
| *Służbowy adres e-mail osoby zgłaszanej na szkolenie* |
|  |

1. Preferencje odnośnie dania obiadowego *(proszę X zaznaczyć właściwy kwadrat)*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Mięsne Rybne Wegetariańskie

1. Działając na postawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r. poz. 922) informujemy, że:
2. administratorem przesłanych danych osobowych jest Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych z siedzibą w Warszawie przy ul. Jagiellońskiej 74,
3. dane osobowe będą przetwarzane przez administratora, w celu rekrutacji i przeprowadzenia szkolenia oraz w celach kontrolnych i archiwizacyjnych,
4. osoba, której dane dotyczą ma prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz możliwość ich poprawiania,
5. podanie danych jest dobrowolne, jednakże nie podanie danych uniemożliwia udział w szkoleniu.
6. **Wypełniając ankietę:**

* Przyjmuję do wiadomości fakt, że o zakwalifikowaniu mnie na szkolenie zostanę powiadomiona/y odrębnym e-mailem, w terminie zgodnym z regulaminem rekrutacji. Wiadomość zostanie wysłana na adres mailowy podany w punkcie 3 niniejszej ankiety.
* Potwierdzam, że zapoznałem się i akceptuję regulamin rekrutacji, dostępny wraz z informacją dotyczącą rekrutacji na szkolenie.

**7. Dodatkowe potrzeby organizacyjne wynikające z niepełnosprawności, np. obsługa tłumacza języka migowego, zapewnione miejsce na sali wykładowej na wózek inwalidzki.** Jeżeli Państwa dotyczy ta kwestia, prosimy o wskazanie konkretnej potrzeby.

Wypełnioną ANKIETĘ prosimy zapisać, jako dokument w formie pliku WORD, a następnie przesłać na adres e-mail: **specjalistyczne@mazowia.eu**

**O zakwalifikowaniu na szkolenie decyduje kolejność zgłoszeń.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data wpłynięcia zgłoszenia(\*) | Godzina wpłynięcia zgłoszenia(\*) | Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie |
|  |  |  |

\*wypełnia przyjmujący zgłoszenie