

ZGŁOSZENIE na Szkolenie PTZN w 2020r. (prosimy wypełnić drukowanymi literami !)

| | | |
|--------|----------|----------------|
| 1.Imię | Nazwisko | Data urodzenia |
|--------|----------|----------------|

| | |
|---|--------------------------------------|
| 2.Zaznacz zakres szkolenia → <input checked="" type="checkbox"/> instruktor | <input type="checkbox"/> specjalista |
|---|--------------------------------------|

| | | |
|---------------------------------------|---|----|
| 3.Adres korespondencyjny (z kodem): | Telefony do kontaktu: tel. komórkowy (stacjonarny) | |
| | 1. | 2. |
| | E -mail : | |

4.Wykształcenie - kierunek, szkoła/ uczelnia, rok ukończenia

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|--|------------------------|
| 5.Miejsce pracy (nazwa placówki i adres z kodem) | telefon(z kierunkowym) |
| | Tel..... E – mail : |

| | |
|------------------------|---|
| 6. Stanowisko /funkcja | 7. Kto pokryje koszty Pani/Pana szkolenia |
| | |

8.Informacja o ukończonych szkoleniach w obszarze psychoterapii:

| |
|--|
| |
|--|

9. Staż pracy z osobami uzależnionymi + informacje o miejscach pracy

| |
|--|
| |
|--|

Ilość lat pracy w terapii osób uzależnionych :

11. Zgoda przełożonego na udział w szkoleniu (w związku z tym ,że szkolenie realizowane jest także w dni robocze)

Wyrażam zgodę na udział w szkoleniu Pani/Pana.....

| | |
|---|---|
| Podpis osoby zgłaszającej się na szkolenie | (pieczętka i podpis kierownika placówki) |
|---|---|

12. ■ Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą

■ Oświadczam, że :1) spełniam warunki przyjęcia na szkolenie w dziedzinie uzależnień 2) jestem świadoma(y) wymagań jakie muszę spełnić, aby ukończyć szkolenie i być zakwalifikowanym do egzaminu w zakresie specjalista psychoterapii uzależnień i instruktor terapii uzależnień ,zgodnie z informacjami o warunkach szkolenia i kwalifikacji do egzaminu certyfikacyjnego zamieszczonymi w ulotce informacyjnej, oraz na stronie: www.ptzn.katowice.pl .

■ Oświadczam ,że akceptuję wymóg programowy jakim jest, podjęcie w trakcie szkolenia praktyki w terapii osób uzależnionych.

Praca terapeutyczna z pacjentami w trakcie szkolenia jest możliwa na podstawie dokumentu wydawanego uczestnikom przez KBPN (dokument honorowany przez NFZ) i odbywa się pod opieką certyfikowanego specjalisty psychoterapii uzależnień.

UWAGA !!

13. Do zgłoszenia proszę dołączyć następujące dokumenty:

■ ksero dyplomu magisterskiego , dyplomu ukończenia szkoły wyższej, lub zaświadczenie z uczelni o studiach magisterskich w trakcie, lub dokumentu ukończenia szkoły średniej (tylko instruktorzy)

datai podpis osoby zgłaszającej się na szkolenie

! Specyfika , forma i długi czas szkolenia wymaga dobrego stanu zdrowia psychicznego i fizycznego

.....

data

/imię i nazwisko /

.....

.....

/adres zamieszkania/

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku ze zgłoszeniem na specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnienia w POLSKIM TOWARZYSTWIE ZAPOBIEGANIA NARKOMANII ODDZIAŁ w KATOWICACH , ul. Warszawska 19.

Jednocześnie oświadczam, że przekazuję moje dane osobowe całkowicie dobrowolnie, zostałam/em poinformowana/ny o przysługującym mi prawie dostępu do treści tych danych i możliwości ich poprawiania, a także o prawie wycofania zgody na przetwarzanie tych danych w każdym czasie.

.....
Podpis uczestnika

.....
(data)

.....
/imię i nazwisko /

.....
.....
/adres zamieszkania/

INFORMACJA o zawartości zbioru danych osobowych

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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz.UE L L 119/1 z 04 maja 2016 r.) dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest POLSKIE TOWARZYSTWO ZAPOBIEGANIA NARKOMANII ODDZIAŁ W KATOWICACH z siedzibą w Katowicach przy ul. Warszawskiej 19, reprezentowana przez Jolantę Furę - Przewodniczącą Oddziału
2. Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji praw i obowiązków wynikających ze zgłoszenia się na specjalistyczne szkolenie w dziedzinie uzależnień, na podstawie art. 6 ust 1 pkt c RODO
3. Odbiorcą Pani / Pana danych osobowych będzie POLSKIE TOWARZYSTWO ZAPOBIEGANIA NARKOMANII ODDZIAŁ W KATOWICACH z siedzibą w Katowicach przy ul. Warszawskiej 19, reprezentowana przez Jolantę Furę - Przewodniczącą Oddziału
4. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania szkolenia oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji ustalanych zgodnie z odrębnymi przepisami
5. Posiada Pani / Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
6. Ma Pani / Pan prawo do wniesienia skargi do urzędu ds. GIODO, gdy uzna Pan / Pani, że przetwarzanie danych osobowych Pani / Pana dotyczących narusza przepisy RODO
7. Podanie przez Panią / Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, ich nieprzekazanie spowoduje niemożność realizacji szkolenia.

.....
Podpis uczestnika