**Formularz zgłoszenia udziału w szkoleniu**

na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C, roli lekarzy w edukacji i zachęcaniu pacjentów do wczesnego wykrywania obecności wirusa oraz objęcia opieką osób zakażonych wirusem HCV organizowanemu w ramach „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022”

Termin szkolenia: **24 listopada 2022 r.** **godz. 1530**

Miejsce szkolenia: **Starostwo Powiatowe w Kartuzach ul. Dworcowa 1, 83-300 Kartuzy**

**Dane uczestniku szkolenia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Nazwa reprezentowanego podmiotu leczniczego |  |
| Numer telefonu do kontaktu |  |
| Adres e-mail |  |

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Stosownie do postanowień art. 6 ust. 1 lit. a i e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 (RODO) – wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Starostę Kartuskiego z siedzibą w Kartuzach przy ul. Dworcowej 1, zawartych   
w formularzu zgłoszeniowym w zakresie imienia i nazwiska, numeru telefonu oraz adresu e-mail   
w celu zgłoszenia udziału w szkoleniu, w związku z którym dobrowolnie przekazuję moje dane osobowe.

.................................................... ………………………….....

(miejscowość i data) (podpis)

**Zgoda na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku**

Na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r, o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1062 z późn. zm.) wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez Starostwo Powiatowe w Kartuzach w formie wykorzystania, utrwalenia i powielania zdjęć wykonanych podczas uczestnictwa w szkoleniu w dniu 24 listopada 2022 r. na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C, roli lekarzy w edukacji i zachęcaniu pacjentów do wczesnego wykrywania obecności wirusa oraz objęcia opieką osób zakażonych wirusem HCV organizowanemu w ramach „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata   
2020-2022” dla potrzeb niezbędnych do udokumentowania organizacji szkolenia.

.................................................... …………………………….

(miejscowość i data) (podpis)

**Klauzula informacyjna**

1) Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (dalej: RODO) Starostwo Powiatowe w Kartuzach informuje, że:

1. administratorem pozyskiwanych danych osobowych jest:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa Administratora Danych Osobowych | Adres | Dane kontaktowe |
| Starosta Kartuski | ul. Dworcowa 1,  83-300 Kartuzy | adres e-mail: [powiat@kartuskipowiat.pl](mailto:powiat@kartuskipowiat.pl) tel. +48 58 681 03 28;  58 685 33 43 |

b) w sprawach z zakresu ochrony danych osobowych możliwy jest kontakt z inspektorem ochrony danych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Inspektor Ochrony Danych | Adres | Dane kontaktowe |
| Michalina Treder | ul. Gdańska 21, 83-300 Kartuzy | [iod@kartuskipowiat.pl](mailto:iod@kartuskipowiat.pl) tel. 534 086 656 |

c) dane osobowe przetwarzane będą w celu udziału w szkoleniu na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C, roli lekarzy w edukacji i zachęcaniu pacjentów do wczesnego wykrywania obecności wirusa oraz objęcia opieką osób zakażonych wirusem HCV organizowanemu w ramach „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu kartuskiego na lata 2020-2022”.

d) podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.   
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r.   
poz. 1285 z późn. zm.).

e) podanie danych osobowych jest wymogiem związanym z udziałem w szkoleniu.

f) w przypadku, gdy dane osobowe będą przetwarzane na podstawie zgody, osoba, której dane dotyczą, ma prawo cofnąć zgodę w dowolnym momencie.

g) każda osoba, której dane dotyczą, ma prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, sprzeciwu, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także żądania przenoszenia danych zgodnie z zasadami określonymi w RODO.

h) odbiorcami danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, którym będzie udostępniana dokumentacja niniejszego szkolenia.

i) dane osobowe będą przechowywane przez okres 25 lat i po tym czasie przekazywane do Archiwum Państwowego.

j) administrator nie będzie przekazywał danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

k) administrator nie wykorzystuje systemów służących do automatycznego podejmowania decyzji ani nie profiluje osób w rozumieniu art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

l) w przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych narusza RODO, każda osoba ma prawo wnieść skargę do organu nadzorczego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa organu nadzoru | Adres | Dane kontaktowe |
| Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych | ul. Stawki 2  00-193 Warszawa | tel. 22 531 03 00 [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl) |

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną i mam świadomość, że zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych mogę wycofać w każdym czasie.

........................................................ …………………………..

(miejscowość i data) (podpis)

Udział w szkoleniu jest bezpłatny. Podpisany formularz należy przesłać na adres e-mail: [nlitwin@kartuskipowiat.pl](mailto:nlitwin@kartuskipowiat.pl) lub pocztą na adres: Starostwo Powiatowe w Kartuzach Wydział Zdrowia, Bezpieczeństwa i Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi ul. Dworcowa 1, 83-300 Kartuzy   
**do dnia 18 listopada 2022 r.**