

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Imię i nazwisko .....

(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania .....

(adres zamieszkania: miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu / lokalu)

Miejsce pracy.....

Numer telefonu oraz adres email.....

#### oświadczam, że:

mieszkam na terenie Gminy Miasta Kraków

jestem pielęgniarzką/pielęgniarem

Czy jesteś zainteresowany/na otrzymywaniem materiałów informacyjnych związanych z mukowiscydozą?

tak

nie

Czy w sytuacji wprowadzenia obostrzeń uniemożliwiających przeprowadzenie szkolenia stacjonarnie wyraża Pan/Pani chęć wzięcia udziału w szkoleniu online

tak

nie

#### **Polityka prywatności i poufności**

Założenia dotyczące Projektu oraz cała związana z nim dokumentacja (w tym formularz zgłoszeniowy oraz dokumenty związane z rekrutacją, listy osób zakwalifikowanych itd.), poza informacjami udostępnionymi na stronie internetowej, są informacjami poufnymi, udostępnionymi jedynie na żądanie uprawnionych organów kontroli. Zaznacza się jednocześnie, że złożone dokumenty (w tym formularz zgłoszeniowy) stanowią dokumentację Projektu i nie podlegają zwrotowi. Państwa dane osobowe przetwarzane będą przez Fundację MATIO w celu organizacji uczestnictwa w projekcie, oraz czynności kontrolnych. Zgoda dotyczy danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym uczestnictwa w projekcie: imię i nazwisko, adres, miejsce zatrudnienia, nr telefonu, adres e-mail. Wymienione dane osobowe będą przechowywane w formie umożliwiającej identyfikację osoby, której dane dotyczą, przez okres nie dłuższy, niż jest to niezbędne do wskazanych celów, w których dane te są przetwarzane. Zgodę można w dowolnym momencie wycofać. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody jest możliwe poprzez przesłanie wiadomości e-mail na adres: [agnieszka@mukowiscydoza.pl](mailto:agnieszka@mukowiscydoza.pl)

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis

