**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Kwalifikowalność wydatków w projektach w ramach PO WER**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Termin:*** | **30 kwietnia 2018**  |
| ***Miejsce spotkania:*** | **Budynek Cosinusul. Łucka 1300-842 Warszawa** |
| ***Godzina:*** | **8.30-15.30** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Imię:*** |  |
| ***Nazwisko:*** |  |
| ***Nazwa Instytucji:*** |  |
| ***Adres korespondencyjny*** |  |
| ***Tel. kontaktowy:*** |  |
| ***Adres e-mail:*** |  |

* ***Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby żywieniowe? (np. dieta bezmięsna, dieta cukrzycowa, alergie itp.) Jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeby:***

***~~…………………………………………………………………………………………~~***

***~~…………………………………………………………………………………………~~***

* ***Czy ma Pan/Pani dodatkowe potrzeby organizacyjne, np. czy potrzebna jest obsługa tłumacza języka migowego, zestawy wspomagające słyszenie lub zapewnione miejsce na sali wykładowej na wózek inwalidzki? Jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeby:***

***~~…………………………………………………………………………………………~~***

***~~…………………………………………………………………………………………~~***

 **X Przyjmuję do wiadomości, że administratorem dobrowolnie podanych przeze mnie danych osobowych jest organizator szkolenia: Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie (01-205 Warszawa, ul. Młynarska 16).**  **Ma Pani/Pan prawo do wglądu do swoich danych osobowych, oraz możliwość ich poprawiania.**

**X Wysyłając niniejszy formularz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatorów szkolenia, zgodnie
z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz.926 ze zmianami) dla celów rekrutacji oraz w celu kontrolnym i archiwizacyjnym. Uprzejmie informujemy, że zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 4, ustawy o ochronie danych osobowych, podanie danych jest dobrowolne.**

Udział w szkoleniu jest **bezpłatny,** warunkiem uczestnictwa jest wysłanie formularza zgłoszeniowego
w terminie do **26 kwietnia 2018 r.** na adres e-mail: szkolenia@wup.mazowsze.pl
 **Szkolenie współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego**