

PSZ-CWR.8141.44.2021

.....  
*Pieczętka placówki zgłaszającej  
uczestniczkę/ uczestnika*

### KARTA ZGŁOSZENIA

udziału w szkoleniu Programem „APTECZKA PIERWSZEJ POMOCY EMOCJONALNEJ”  
w terminie 13 (poniedziałek) i 16 września (czwartek) 2021 r. w godz. 8.00 – 14.00

Wyrażam wolę uczestnictwa w szkoleniu dla realizatorów programu „Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej”:

.....  
Imię i Nazwisko uczestniczki/ka szkolenia

.....  
nr telefonu

.....  
Data i miejsce urodzenia

.....  
adres e-mail

**Z uwagi na finansowanie szkolenia ze środków gminnych, zobowiązuję się do realizacji programu wśród dzieci w wieku do końca roku szkolnego 2021/2022. Sprawozdanie z realizacji Programu „Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej” przedłożę do dnia 10 czerwca 2022r. do Kierownika Centrum Wspierania przy Urzędzie Miasta i Gminy w Skawinie Rodziny ul. Ks. J. Popiełuszki 17.**

.....  
data i podpis uczestniczki/uczestnika

„Oświadczam, że zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000), wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie powyższych danych osobowych na potrzeby organizacji niniejszego szkolenia przez administratora danych, którym jest Burmistrz Miasta i Gminy Skawina z siedzibą przy Urzędzie Miasta i Gminy w Skawinie z siedzibą Rynek 1, 32-050 Skawina. Przyjmuję do wiadomości, iż udostępnienie moich danych jest dobrowolne, lecz brak ich udostępnienia uniemożliwia udział w szkoleniu, oraz że mam prawo do wglądu i aktualizowania swoich danych.”

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku i na potrzeby organizowanego szkolenia Programem „Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej”

.....  
podpis uczestniczki/uczestnika

**Wypełnioną kartę zgłoszenia należy złożyć osobiście w siedzibie Centrum Wspierania Rodziny ul. Ks. J. Popiełuszki 17 w Skawinie w nieprzekraczalnym terminie do dnia 6 września 2021r. Uwaga! Liczba miejsc ograniczona - decyduje kolejność zgłoszeń!**

.....  
Imię i Nazwisko Uczestnika/Uczestniczki Szkolenia

## Oświadczenie

o braku przeciwwskazań do udziału w szkoleniu Programem „Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej” organizowanym w trybie stacjonarnym przez Centrum Wspierania Rodziny w Skawinie.

Ja niżej podpisany/-a oświadczam o braku u mnie przeciwwskazań epidemiologicznych w związku z obostrzeniami wprowadzonymi w ramach przeciwdziałania zakażeniom COVID-19.

Prosimy poniżej o udzielenie informacji dotyczącej przebytego szczepienia (Odpowiedź jest dobrowolna i służy zachowaniu limitu osób na spotkaniach):

\*) **NIE jestem zaszczepiony/a przeciwko COVID-19**

**Jestem zaszczepiony/a całym cyklem szczepień przeciwko COVID-19**

\*) właściwe zakreślić krzyżykiem.

- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Zasadami bezpieczeństwa obowiązującymi podczas zajęć/spotkań organizowanych przez Centrum Wspierania Rodziny” i moje uczestnictwo w szkoleniu jest dobrowolne.
- Przyjmuję do wiadomości, że prawdziwość powyższego oświadczenia jest warunkiem uczestnictwa przeze mnie w szkoleniu Programem „Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej” w formie stacjonarnej organizowanym przez Urząd Miasta i Gminy w Skawinie - Centrum Wspierania Rodziny w Skawinie.
- Jednocześnie oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń co do środków ochronnych (związanych z ograniczeniem ryzyka zakażeniem COVID-19) stosowanych przez UMiG /CWR Skawina w ramach realizowanego szkolenia.
- Oświadczam, że nie będę wnosił/a wobec UMiG w Skawinie (CWR) jakichkolwiek roszczeń (również związanych ze szkodą na osobie), których podstawą byłyby:
  - nieadekwatność lub nieskuteczność wdrożonych środków związanych z ograniczeniami zakażeniem COVID-19,
  - okoliczności powstałe na skutek lub przy okazji świadczenia usług w trybie stacjonarnym.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis składającego oświadczenie