**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA WARSZTATY TANECZNE Z TECHNIKI GAGA**

**W RAMACH PROJEKTU „POWRÓT”**

Prosimy wybrać grupę w zależności od stanu zaawansowania:

Warsztaty dla początkujących – 10.09.2021r., godz. 16:30-18:30, sala Zebra

Warsztaty dla zaawansowanych – 10.09.2021r., godz. 19:00-21:00, sala Zebra

**DANE UCZESTNIKA PEŁNOLETNIEGO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Wiek |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

**PRZYPADKU OSÓB NIEPEŁNOLETNICH, DANE UZUPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| Wiek uczestnika |  |
| Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna |  |
| Numer telefonu rodzica/opiekuna |  |
| Adres email rodzica/ opiekuna |  |

Wyrażam zgodę aby (imię i nazwisko podopiecznego)………………………………………………………………………….

uczestniczył/-ła w Warsztatach Gaga w dniu 10.09.2021r. i potwierdzam jego/jej uczestnictwo w w/w wydarzeniu.

**Jako opiekuna (osoba pełnoletnia) wyznaczam ………………………………………………………………………………**

DEKLARUJĘ, że uczestnik będzie czynnie brał udział w warsztatach w wyżej zaznaczonym dniu i godzinach w Ełckim Centrum Kultury. W przypadku braku możliwości udziału w warsztatach z powodu sytuacji losowej uczestnik jest zobowiązany do poinformowania Ełckiego Centrum Kultury z odpowiednim wyprzedzeniem o zwolnieniu miejsca w grupie.

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ do przestrzegania obowiązujących w Ełckim Centrum Kultury procedur, regulaminów związanych z reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego zgłoszenia instruktorowi prowadzącemu warsztaty faktu wystąpienia u mnie jakichkolwiek oznak chorobowych.

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

Data i czytelny podpis Uczestnika/ Rodzica lub Opiekuna

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Czy zgadzają się Państwo na przetwarzanie Państwa danych osobowych takich jak: imię, nazwisko, numer telefonu, przez Ełckie Centrum Kultury, na potrzeby rekrutacji oraz realizacji działań projektu *POWRÓT*

Nie, nie zgadzam się

Tak, wyrażam zgodę

Czy zgadzają się Państwo na wykonanie i udostępnienie dokumentacji fotograficznej i filmowej, która może zawierać Państwa wizerunek, na potrzeby: sprawozdawczości, promocji i w celach informacyjnych, związanych z realizacją ww. projektu?

Nie, nie zgadzam się

Tak, wyrażam zgodę

Państwa dane przetwarzać będziemy na potrzeby związane z realizacją projektu *POWRÓT.*

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa podania danych osobowych jest równoważna z brakiem możliwości uczestniczenia w Warsztatach.

Administratorem Państwa danych osobowych będzie Ełckie Centrum Kultury, ul. Wojska Polskiego 47, 19-300 Ełk.

Państwa dane osobowe przechowywać będziemy dla potrzeb związanych z realizacją i rozliczeniem projektu oraz zabezpieczeniem naszego interesu prawnego, dane będziemy przechowywać przez okres niezbędny dla zapewnienia sprawozdawczości i innych wymogów prawnych.

Przysługuje Państwu w szczególności prawo:

* żądania dostępu do Państwa danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, jak również przenoszenia Państwa danych osobowych,
* wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO,
* do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

Więcej o ochronie danych znajdą Państwo na naszej stronie internetowej [www.eck.elk.pl.](http://www.eck.elk.pl/)

Ełk, dnia…………………………….

Imię i nazwisko UCZESTNIKA…………………..………………………………..

Imię i nazwisko RODZICA/OPIEKUNA[[1]](#footnote-1) ………..………………………………..

Podpis……………………………………………………………………………….

(Uczestnika lub RODZICA/OPIEKUNA)

1. W przypadku osób niepełnoletnich [↑](#footnote-ref-1)