**Załącznik Nr 3**

do Regulaminu uczestnictwa w superwizji i szkoleniach

z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie, realizowanych przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

w ramach działań własnych z dofinansowaniem

 Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego



# **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SUPERWIZJĘ I SZKOLENIA SPECJALISTYCZNE**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………….………… |
| Instytucja ………………………………………………………/stanowisko …………….…………… |
| ZI funkcjonujący w ……………………………………………………………………………………… *(gmina)* |
| Staż pracy w zakresie realizacji procedury „Niebieskie Karty” ……………… miesięcy\*/ lat\**\*niepotrzebne skreślić* |
| Czy korzystał/a Pan/Pani\* z superwizji indywidualnej z obszaru pracy z rodzinami uwikłanymi w przemoc? TAK\*/NIE\* Jeśli TAK proszę podać: okres ……………………………………, liczba godzin ……………..…. |
| Czy korzystał/a Pan/Pani\* z superwizji grupowej dla ZI? TAK\*/NIE\* Jeśli TAK proszę podać: okres ……………………………….…., liczba godzin …………………. |
| e-mail służbowy : ……………………………………………………………………………………… |
| telefon służbowy: ……………………………………………………………………………………… |
| Zapoznałam/Zapoznałem\* się z Regulaminem uczestnictwa w superwizji i ZI/GR, realizowanych przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie w ramach działań własnych z dofinansowaniem Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego. |

 *\*niepotrzebne skreślić*

……………………………………..

DATA, PODPIS

ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ

**KLAUZULA ZGODY**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie z siedzibą ul. Piastowska 32, 30-070 Kraków, w zakresie określonym w formularzu zgłoszeniowym na superwizję/szkolenie dla członka zespołu interdyscyplinarnego lub grup roboczych, o których mowa w art. 9a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, w celu udziału
w naborze, a także - w przypadku zakwalifikowania - w superwizji/ szkoleniu organizowanej dla członków zespołów interdyscyplinarnych lub grup roboczych.

……………………………………..

DATA, PODPIS

ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że zgoda może zostać cofnięta
w dowolnym momencie poprzez przesłanie na adres siedziby ROPS w Krakowie,
30-070 Kraków, ul. Piastowska 32 pisma z oświadczeniem o cofnięciu zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

……………………………………..

DATA, PODPIS

ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ