**Kształtowanie umiejętności zarządzania w Związkach ZIT – Zintegrowani (pilotaż)**

**Formularz zgłoszeniowy do udziału w programie szkoleniowym**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A** | **INFORMACJE O UCZESTNIKU** | | |
| **lp.** | **Dane uczestnika** |  | |
| 1 | Płeć Kandydata/Kandydatki\* | ⃝ kobieta | ⃝ mężczyzna |
| 2 | Imię (imiona) |  | |
| 3 | Nazwisko |  | |
| 4 | Obywatelstwo |  | |
| **lp.** | **Służbowy adres do korespondencji** |  | |
| 1 | Ulica |  | |
| 2 | Numer domu |  | |
| 3 | Numer lokalu |  | |
| 4 | Kod pocztowy |  | |
| 5 | Miejscowość |  | |
| 6 | Kraj |  | |
| 7 | Adres e-mail służbowy |  | |
| 8 | Adres e-mail do kontaktu (nieobowiązkowy) |  | |
| 9 | Numer telefonu do kontaktu |  | |
| **B** | **DANE INSTYTUCJI WYSYŁAJĄCEJ** | | |
| 1 | Pełna nazwa instytucji |  | |
| 2 | Pełny adres instytucji |  | |
| 3 | Województwo |  | |
| 4 | Imię i nazwisko kierownika instytucji |  | |
| 5 | Nazwa stanowiska kierownika instytucji |  | |
| 6 | Telefon kontaktowy |  | |
| 7 | Adres e-mail kontaktowy |  | |
| **C** | **KRYTERIA DOSTĘPU** | | |
| 1 | Posiadam co najmniej wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne | ⃝ TAK | ⃝ NIE |
| 2 | Posiadam co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe | ⃝ TAK | ⃝ NIE |
| 3 | Jestem zatrudniona/y w jednostce samorządu terytorialnego lub stowarzyszeniu, w rozumieniu art. 84 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. | ⃝ TAK | ⃝ NIE |
| 4 | Forma zatrudnienia (zaznacz właściwe) | | |
| Umowa o pracę na czas nieokreślony | ⃝ TAK | ⃝ NIE |
| Umowa o pracę na czas określony | ⃝ TAK | ⃝ NIE |
| Inne, jakie? |  | |
| 5 | Oświadczam, że znam cel i specyfikę funkcjonowania Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych (ZIT). | ⃝ TAK | ⃝ NIE |
| 6 | Jestem gotowy/a do poznania swoich mocnych stron, rozwoju umiejętności menedżerskich, otwarty/a na poznanie nowych metod zarządzania oraz chętny/a do współtworzenia sieci współpracy w grupie szkoleniowej, obszarze funkcjonalnym ZIT | ⃝ TAK | ⃝ NIE |
| 7 | Zobowiązuję się do przedstawienia raportu po zakończeniu udziału w projekcie, w którym przedstawię wnioski z udziału w projekcie oraz plan wykorzystania nabytej wiedzy i kompetencji w ZIT lub w jednostce, w której pracuję. | ⃝ TAK | ⃝ NIE |
| 8 | Posiadam zgodę kierownika instytucji wysyłającej , w której jestem zatrudniony/a na udział w projekcie Zintegrowani | ⃝ TAK | ⃝ NIE |
| **D** | **UZASADNIENIE UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | |
| 1 | Jaka jest Pana/i motywacja do udziału w projekcie? (300 znaków) | | |
|  | | |
| 2 | Jakie są oczekiwania Pana/i, związane z udziałem w projekcie? (300 znaków) | | |
|  | | |

**Klauzula informacyjna**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO)   1. Administratorem danych osobowych jest Krajowa Szkoła Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego (KSAP), z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy 00-922) przy ulicy Wawelskiej 56. 2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz skontaktować się we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@ksap.gov.pl. 3. Celem i podstawą przetwarzania jest:    1. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze na podstawie art. 6 ust. 1 lit c RODO, w celu przeprowadzenia postępowania,    2. przetwarzanie jest niezbędne w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w zakresie przetwarzania danych osobowych pracowników oraz współpracowników Wykonawcy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO,    3. w przypadku Wykonawcy z którym zostanie zawarta umowa, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO. 4. Obowiązek podania danych osobowych jest wymogiem związanym z udziałem w postępowaniu, a w przypadku wybory Wykonawcy podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy. 5. Administrator ma obowiązek przechowywać dane przez okres niezbędny do wyłonienia Wykonawcy, a po tym okresie przez czas przechowywania dokumentacji, ustalony odrębnymi przepisami prawa dotyczącymi archiwizacji dokumentacji. 6. Dane osobowe mogą zostać udostępnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa m.in. podmiotom uprawnionym do kontroli Administratora. Dane mogą zostać również przekazane innym podmiotom przetwarzającym działającym na zlecenie Administratora lub współpracującym z Administratorem na podstawie odrębnych umów powierzenia, w tym w zakresie obsługi IT. 7. Przysługuje mi prawo do:    1. wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,    2. dostępu do danych osobowych, ich sprostowania oraz, ograniczenia przetwarzania danych jeżeli spełnione są przesłanki określone bezpośrednio w RODO. 8. Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.   *W przypadku, w którym przekazałem do Administratora dane osobowe innych osób, zobowiązuje się przekazać powyższe informacje w imieniu Administratora osobom, których dane zostały przekazane Administratorowi. Poinformuję takie osoby również o zakresie przekazanych danych wskazując siebie jako źródło przekazania danych.*   |  | | --- | |  | |

Uwaga!

1. Formularz należy przesłać na adres: [zintegrowani@ksap.gov.pl](mailto:zintegrowani@ksap.gov.pl)
2. Termin przesłania formularza: (link do strony)
3. O przyjęciu do projektu decyduje spełnienie wymogów formalnych oraz kolejność zgłoszeń.

…………………………………….. …………………………………………..

*Miejscowość, data*  *Miejscowość, data*

……………………………………… …………………………………………..

*Podpis kandydata do projektu*  *Podpis i pieczęć kierownika instytucji*

*wysyłającej\**

*\*Podpisuje w zależności od miejsca zatrudnienia kandydata kierownik instytucji lub prezes stowarzyszenia gmin*