



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU  
 W WARSZTATACH PROFILAKTYCZNYCH DLA KLAS 8  
 „ZDROWIE PSYCHICZNE – JAK O NIE DBAĆ”**

|                                                                                                                                |                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa i adres szkoły                                                                                                           |                                                                                                                                             |
| Imię i nazwisko dyrektora szkoły                                                                                               |                                                                                                                                             |
| Terminy szkoleń<br><br>Proszę <b>wybrać i podkreślić tylko jeden termin</b> , w którym chcą Państwo wziąć udział w warsztatach | 22.10.2026 r.<br><br>19.11.2026 r.<br><br>17.12.2026 r.<br><br>21.01.2027 r.<br><br>18.03.2027 r.<br><br>15.04.2027 r.<br><br>20.05.2027 r. |
| Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za kontakt                                                                               |                                                                                                                                             |
| Telefon kontaktowy do osoby odpowiedzialnej za kontakt                                                                         |                                                                                                                                             |

.....  
 podpis osoby  
 odpowiedzialnej za kontakt

.....  
 pieczęć i podpis Dyrektora

Pieczęć szkoły

Wypełniony formularz prosimy przesłać w formie skanu na adres mailowy Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Krakowski Ośrodek Terapii”: [kot@mjo.krakow.pl](mailto:kot@mjo.krakow.pl)

## INFORMACJA ADMINISTRATORA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych jest Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna "Krakowski Ośrodek Terapii" z siedzibą ul. Helclów 23a, 31-148 Kraków, adres e-mail: kot@mjo.krakow.pl i są one podawane w celu realizacji warsztatów profilaktycznych

Informujemy, że:

1. Masz prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
2. Dane osobowe będą przechowywane do czasu załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane a następnie przez okres 10 lat.
3. Konsekwencją niepodania danych jest brak możliwości uczestniczenia w szkoleniu.
4. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i ma charakter obowiązkowy.
5. Podstawę prawną przetwarzania Twoich danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: adres e-mail: inspektor1@mjo.krakow.pl

Data i podpis osoby odpowiedzialnej za kontakt

.....