

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, (*imię i nazwisko*), deklaruję dobrowolną chęć uczestnictwa w kursie **Samoobrony dla Kobiet pn. "Potrafię-reaguję"**, którego organizatorem jest Wrocławskie Centrum Rozwoju Społecznego we współpracy z Komendą Miejską Policji we Wrocławiu.

Oświadczam, że ukończyłem 18 lat: tak / nie* i aktualnie zamieszkuję na terenie Gminy Wrocław: tak / nie*.

* *zakreśl właściwe*

imię:

nazwisko:

nr telefonu:

adres e-mail:

Niniejszym oświadczam, że:

1) podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma, że podanie informacji niezgodnych z prawdą może spowodować pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu Karnego (Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz.553 z późn.zm.) za składanie fałszywych oświadczeń, z którego brzmieniem zapoznałam się.

2) przyjmuję do wiadomości iż zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) DZ. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 str.1 nazywana dalej „RODO”, że Administratorem moich danych osobowych we Wrocławskim Centrum Rozwoju Społecznego jest Dyrektor jednostki, adres: pl. Dominikańskie 6, 50-159 Wrocław.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis