# **FORMULARZ**

# **zgłoszeniowy kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Wołominie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Informacja o organizacji zgłaszającej kandydata do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Wołominie** | | | | |
| Podmiot zgłaszający[[1]](#footnote-1) | organizacja pozarządowa |  | jednostka samorządu terytorialnego |  |
| Nazwa podmiotu zgłaszającego |  | | | |
| 1. **Dane kandydata i dane kontaktowe:** | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | |
| Adres |  | | | |
| Adres poczty elektronicznej |  | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | |
| 1. **Informacja o kandydacie:** | | | | |
| Opis prezentujący kandydata, określający jego kwalifikacje przydatne do wykonywania zadań członka Rady |  | | | |
| Pełniona funkcja |  | | | |
| 1. **Dane kontaktowe podmiotu zgłaszającego oraz podpisy** | | | | |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktu |  | | | |
| Adres |  | | | |
| Telefon |  | | | |
| Adres poczty elektronicznej |  | | | |
| Data wypełnienia zgłoszenia |  | | | |
| Podpis[[2]](#footnote-2) |  | | | |
| 1. **Oświadczenie kandydata** | | | | |
| 1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na kandydowanie do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Wołominie. 2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru kandydatów do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Wołominie - zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922). | | | | |
| Data złożenia oświadczenia |  | | | |
| Podpis kandydata |  | | | |

1. Zaznaczyć właściwy [↑](#footnote-ref-1)
2. Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu zgłaszającego [↑](#footnote-ref-2)