# **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)