

WZÓR

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA CZŁONKA
POWIATOWEJ SPOŁECZNEJ RADY DO SPRAW OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

1. Nazwa organizacji pozarządowej, fundacji lub jednostki samorządu terytorialnego

.....
.....
.....

2. Adres organizacji pozarządowej, fundacji lub jednostki samorządu terytorialnego

.....
.....

3. Imię (imiona) i nazwisko kandydata

.....
.....

4. Adres zamieszkania kandydata

.....
.....

5. Adres do korespondencji, numer telefonu, adres poczty elektronicznej

.....
.....
.....

6. Uzasadnienie (opis kwalifikacji kandydata przydatnych do wykonywania zadań członka Rady, w tym doświadczenie i umiejętności kandydata, które będą przydatne w pełnieniu obowiązków członka Rady; motywacje kandydowania do udziału w pracach Rady; inne informacje o kandydacie, które mogą być przydatne przy wyborze kandydata)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na kandydowanie oraz wykorzystanie moich danych osobowych na potrzeby procedury wyłonienia kandydatów do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych: Starostę Powiatu Iławskiego z siedzibą w Iławie, ul. Gen. Wł. Andersa 2a w celu wyboru członków Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z klauzulą informacyjną, w tym z informacją o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawienia.

.....
Podpis kandydata

.....
data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania organizacji
pozarządowej, fundacji lub jednostki
samorządu terytorialnego