

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	organizacja pozarządowa		jednostka samorządu terytorialnego
Nazwa podmiotu zgłaszającego			
2. Dane kandydata i dane kontaktowe:			
Imię i nazwisko			
Adres			
Adres poczty elektronicznej			
Telefon kontaktowy			
3. Informacja o kandydacie:			
Opis prezentujący kandydata, określający jego kwalifikacje przydatne do wykonywania zadań członka Rady			
Pełniona funkcja			
4. Dane kontaktowe podmiotu zgłaszającego oraz podpisy			
Imię i nazwisko osoby do kontaktu			
Adres			
Telefon			
Adres poczty elektronicznej			
Data wypełnienia zgłoszenia			
Podpis ²			

¹ Zaznaczyć właściwy

² Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu zgłaszającego

5. 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