Załącznik

do Ogłoszenia

Starosty Pińczowskiego

z dnia 15 kwietnia 2021 roku

# Formularz zgłoszeniowy kandydata na członka

# Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych

# Powiatu Pińczowskiego

1. **Dane kandydata** (wypełnia kandydat)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**Oświadczenia kandydata:**

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na kandydowanie na członka Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Starostwo Powiatowe w Pińczowie oraz Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pińczowie moich dobrowolnie podanych danych osobowych w związku z kandydowaniem na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych, zgodnie Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego 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).

|  |  |
| --- | --- |
| (miejscowość, data) | (czytelny podpis kandydata) |

1. **Dane podmiotu zgłaszającego kandydata** (wypełnia podmiot zgłaszający kandydata)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** |  |
| **Forma prawna** |  |
| **Nr KRS** |  |
| **Adres podmiotu** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

1. **Uzasadnienie kandydatury (informacja o dotychczasowej działalności kandydata na rzecz osób niepełnosprawnych):**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (miejscowość, data) | (pieczęć podmiotu) | (podpisy osób statutowo uprawnionych do reprezentowania podmiotu) |