

Załącznik nr 1 do  
Ogłoszenia Starosty Wrzesińskiego  
w sprawie zgłaszania kandydatów na  
członków Powiatowej Społecznej Rady  
do Spraw Osób Niepełnosprawnych

.....  
Pieczęć podmiotu zgłaszającego

.....  
Miejscowość, data

**Zgłoszenie kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw  
Osób Niepełnosprawnych**

1. Organizacja pozarządowa, fundacja lub jednostka samorządu terytorialnego zgłaszająca kandydata (pełna nazwa, adres, telefon)

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

2. Kandydat:

• Imię i nazwisko

.....

• numer telefonu:

.....

• email:

.....

3. Uzasadnienie kandydatury:

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

.....  
podpis osoby upoważnionej do  
składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu  
zgłaszającego

### **Oświadczenia kandydata**

- 1) wyrażam zgodę na powołanie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych,
- 2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i 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) oraz z ustawą z 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych - (Dz. U. z 2018r, poz. 1000 ze zm.) dla celów niezbędnych z procesem zgłoszenia i wyboru kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w mieście Koninie.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis kandydata