**KARTA ZGŁOSZENIOWA KANDYDATA DO POWIATOWEJ SPOŁECZNEJ RADY DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**W KOSZALINIE**

**I. Zgłoszenie kandydata:**

1. Dane podmiotu zgłaszającego kandydata (nazwa, adres siedziby, telefon, e-mail):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

2. Dane wskazanego kandydata:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

telefon: ………………………………………………, e-mail: ………………………………………………………………………………………...

3. Uzasadnienie wyboru kandydatury (tj. posiadane przez kandydata doświadczenie, kwalifikacje i umiejętności szczególnie przydatne podczas pracy Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Koszalinie):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Podpisy osób reprezentujących Podmiot zgłaszający kandydata do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Koszalinie (wymagane podpisy osób statutowo uprawnionych do reprezentowania podmiotu) :

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

*(pieczęć Podmiotu) (podpis osób uprawnionych)*

Miejscowość, data .....................................................

II. Oświadczenia kandydata na kandydowanie do składu Powiatowej Społecznej Rady   
do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Koszalinie:

1. Ja niżej podpisany (imię i nazwisko) ........................................................................................... oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią i wyrażam zgodę na kandydowanie na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Koszalinie.
2. Potwierdzam zgodność danych osobowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu na potrzeby naboru do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Koszalinie, 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 oświadczam iż zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną Urzędu Miejskiego w Koszalinie.

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

*miejscowość i data czytelny podpis kandydata*