

**Karta zgłoszenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób
Niepełnosprawnych w Pleszewie**

1. Organizacja /Jednostka zgłaszająca kandydata (nazwa, adres, telefon, e-mail):

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

2. Kandydat (imię i nazwisko i adres zamieszkania kandydata)

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

3. Uzasadnienie kandydatury:

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

Podpisy osób reprezentujących organizację/jednostkę zgłaszających kandydata na członka
Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych (wymagane podpisy osób statutowo
uprawnionych do reprezentowania podmiotu):

..... (pieczęć
organizacji/jednostki) (podpis osób uprawnionych)

..... (miejscowość data)

1. Wyrażam zgodę na powołanie mnie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób
Niepełnosprawnych w Pleszewie.

.....

(miejscowość, data)

(czytelny podpis)