

**Karta zgłoszenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady
do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pleszewie na lata 2023-2027**

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

.....
.....

2. Kandydat (imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, numer telefonu):

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

3. Uzasadnienie kandydatury:

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

Podpisy osób reprezentujących organizację/ jednostkę zgłaszającą kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych (podpisy osób statutowo uprawnionych do reprezentowania podmiotu).

.....
(pieczęć organizacji/jednostki)

.....
(podpis osób uprawnionych)

Miejscowość, dnia

1. Wyrażam zgodę na powołanie mnie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pleszewie.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
3. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Starostwie Powiatowym w Pleszewie, stanowiącą załącznik do niniejszej karty zgłoszenia.

Miejscowość, dnia

.....
(czytelny podpis kandydata)