

**Formularz zgłoszeniowy kandydata na członka
Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych
Powiatu Czarnkowsko-Trzcianeckiego**

I. Dane kandydata (wypełnia kandydat):

| | | | |
|--------------------------------|--|---------------------|--|
| Imię i nazwisko | | | |
| 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 moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

II. Dane podmiotu zgłaszającego kandydata (wypełnia podmiot zgłaszający kandydata):

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

III. Informacja o dotychczasowej działalności kandydata na rzecz osób niepełnosprawnych:

| |
|--|
| |
|--|

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć podmiotu)

.....
(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)