**Zgłoszenie kandydata**

**na członka Powiatowej Społecznej Rady do spraw**

**Osób Niepełnosprawnych**

1. **Dane podmiotu zgłaszającego kandydata**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu zgłaszającego  |  |
| Forma prawna |  |
| Adres podmiotu |  |
| Nr telefonu/ e-mail |  |  |

1. **Dane kandydata**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko kandydata  |  |
| adres do korespondencji  |  |  |
| Nr telefonu  |  |  |
| Adres e-mail  |  |  |
| Informacja o dotychczasowej działalności kandydata na rzecz osób niepełnosprawnych…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**……………………………… …………………………………….**

 **(miejscowość, data) (pieczęć podmiotu i podpisy osób uprawnionych**

 **do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu)**

1. **Oświadczenie kandydata**
2. Wyrażam zgodę na kandydowanie oraz powołanie w skład Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych.
3. 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.
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych w Starostwie Powiatowym w Legnicy i Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Legnicy.

**……………………………… …………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis kandydata)**