|  |
| --- |
| DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA CZŁONKA KOMISJI |
| Imię i nazwisko kandydata |  |
| Dane kontaktowe kandydata (adres do korespondencji, tel. kontaktowy, e-mail) |  |
| Funkcja pełniona w organizacji pozarządowej/podmiocie |  |
| Nazwa organizacji pozarządowej/podmiotu (proszę podać pełną nazwę oraz numer KRS lub właściwego rejestru, ewidencji potwierdzający status prawny) |  |
| Opis doświadczeń i umiejętności kandydata, które będą przydatne w pracach komisji konkursowej |  |

Załącznik Nr 2 do Załącznika Nr 2

**Formularz kandydata na członka Komisji Konkursowej opiniującej oferty złożone w ramach otwartego konkursu ofert na realizację zadań publicznych w 2021 roku, w obszarze wspierania i upowszechniania kultury fizycznej oraz ochrony i promocji zdrowia**

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na zgłoszenie mojej osoby do Komisji konkursowej oceniającej oferty organizacji pozarządowych na realizację zadania publicznego z zakresu wspierania i upowszechniania kultury fizycznej oraz ochrony i promocji zdrowia.

2. Nie reprezentuję organizacji pozarządowych lub podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 ww. ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o 3wolontariacie (Dz. U. z 2020 r. poz.1057;
z 2019 r. poz.2020) biorących udział w konkursie.

3. Jestem obywatelem RP i korzystam w pełni z praw publicznych.

4. Nie podlegam wyłączeniu określonemu w art. 24 ustawy Kodeksu Postępowania Administracyjnego.

5. Zgodnie z art. 6 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz.Urz. UE L 119.1 ) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb wyboru do udziału w komisji konkursowej do opiniowania ofert w otwartym konkursie ofert na realizację zadań publicznych w 2020 roku, w obszarze wspierania i upowszechniania kultury fizycznej oraz ochrony i promocji zdrowia.

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis kandydata |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczątki organizacji/podmiotu i czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji/podmiotu |  |