Załącznik

do Ogłoszenia Starosty Świdnickiego

z dnia 22 sierpnia 2019r. w sprawie możliwości zgłaszania

kandydatów na członków Powiatowej Społecznej Rady do Spraw

Osób Niepełnosprawnych Powiatu Świdnickiego

**KARTA ZGŁOSZENIA**

**KANDYDATA NA CZŁONKA POWIATOWEJ SPOŁECZNEJ RADY**

**DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**POWIATU ŚWIDNICKIEGO**

**1. Dane Podmiotu zgłaszającego kandydata**

1. Pełna nazwa:……………………….…………………….……………………….…………
2. Adres i dane kontaktowe: ……………….………………………………………………….
3. **Dane wskazanego kandydata:**

1) Imię i nazwisko kandydata: ……………...…………………………………………………..

2) Adres i dane kontaktowe kandydata: ………………………………………………………...

a) Adres do korespondencji: ……………………………………………………………………

b) Adres e-mailowy:……………………………………………………………………………..

c) Numer telefonu kontaktowego:……………………………………………………………….

3) Krótkie uzasadnienie wyboru , uwzględniające posiadane przez kandydata doświadczenie, kwalifikacje i umiejętności szczególnie przydatne podczas prac Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych Powiatu Świdnickiego

……………………………………..……………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

……………………………………..……………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

**Podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Podmiotu zgłaszającego kandydata**

Pieczęć podmiotu:…………………………. Pieczęć i podpisy osób uprawnionych………………….

Miejscowość i data…………….………….. ………………………………………………...

**Wypełnia kandydat:**

1. Wyrażam zgodę na kandydowanie, rozpatrzenie mojej kandydatury i powołanie mnie   
   na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych Powiatu Świdnickiego □ tak □ nie
2. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów niezbędnych   
   z procesem zgłoszenia i wyboru kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych Powiatu Świdnickiego □ tak □ nie

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Starostwie Powiatowym w Świdnicy dostępną na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Świdnicy w zakładce bip - klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne   
z prawdą.

*........................................... ............................................*

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