

**Karta zgłoszenia kandydata na członka
Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych**

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

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

2. Kandydat (imię i nazwisko):

.....

3. Uzasadnienie kandydatury:

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

Podpisy osób reprezentujących organizację/jednostkę zgłaszającą kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych (*wymagane podpisy osób statutowo uprawnionych do reprezentacji podmiotu*):

.....

(pieczęć organizacji/jednostki)

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis zgłoszonego kandydata)

.....

(podpis osób uprawnionych)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Starostwo Powiatowe we Wrocławiu oraz Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrocławiu moich dobrowolnie podanych danych osobowych w związku z kandydowaniem na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych, 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....

(data)

.....

(podpis kandydata)