Załącznik do ogłoszenia Nr WZP-RPS.843.14.2019

Prezydenta Miasta Tarnowa

z dnia 16 października 2019 r.

**Karta zgłoszenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych przy Prezydencie Miasta Tarnowa na lata 2020-2023**

**Dane podmiotu zgłaszającego kandydata:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa organizacji:** |  |
| **Adres siedziby:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **e-mail:** |  |
| **Numer KRS lub numer innego właściwego rejestru (proszę podać nazwę rejestru):** | |

**Dane kandydata:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **e-mail:** |  |

**Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na kandydowanie:**

Ja niżej podpisany(-a)…………………………………………………………………………

oświadczam, że wyrażam zgodę na kandydowanie na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych przy Prezydencie Miasta Tarnowa na lata 2020-2023. Jednocześnie oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

……………………………………………

(czytelny podpis kandydata)

**Wyrażanie zgodny na przetwarzanie danych osobowych:**

W zakresie związanym z pełnieniem funkcji członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z postanowieniami rozporządzenia 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), wobec osób od których pozyskał dane osobowe.

…………………………...........................

(czytelny podpis kandydata)

**Uzasadnienie kandydatury:**

*(w przypadku szerszego opisu należy dołączyć załącznik)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Podpisy osób reprezentujących organizację zgłaszającą kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych** *(wymagane czytelne podpisy osób statutowo**uprawnionych do reprezentowania podmiotu zgłaszającego kandydaturę):*

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

(pieczęć organizacji) (podpisy osób uprawnionych)