

Załącznik do ogłoszenia Starosty Stargardzkiego
z dnia 29 sierpnia 2023 r.

**ZGŁOSZENIE KANDYDATA NA CZŁONKA
POWIATOWEJ SPOŁECZNEJ RADY DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
W POWIECIE STARGARDZKIM**

1. NAZWA I ADRES PODMIOTU ZGŁASZAJĄCEGO

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

2. IMIĘ I NAZWISKO, ADRES ZAMIESZKANIA, NR TELEFONU KANDYDATA:

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

**3. INFORMACJA O DOTYCHCZASOWEJ DZIAŁALNOŚCI KANDYDATA NA RZECZ OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH:**

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

.....
Pieczęć i podpis osoby upoważnionej do składania
oświadczeń woli w imieniu podmiotu zgłaszającego

4. OŚWIADCZENIE KANDYDATA:

- 1) Wyrażam zgodę na powołanie mnie w skład Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Stargardzkim.
- 2) 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.) - ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO, a także zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) w związku z powołaniem członków Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Stargardzkim.
- 3) Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych w Starostwie Powiatowym w Stargardzie i Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis kandydata