**Karta zgłoszenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych przy Prezydencie Miasta Suwałk**

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

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

1. Imię i nazwisko kandydata, adres do korespondencji:

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

1. Miejsce zatrudnienia kandydata, pełniona funkcja:

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

1. Uzasadnienie kandydatury:

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

Podpisy osób reprezentujących organizację/jednostkę zgłaszających kandydata
na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych
przy Prezydencie Miasta Suwałk (wymagane podpisy osób statutowo uprawnionych
do reprezentowania podmiotu).

………………………………. ……………………………………

(pieczęć organizacji/jednostki) ……………………………………

 (podpisy osób uprawnionych)

……………………………….

(miejscowość, data)

**Oświadczenie kandydata**

Wyrażam zgodę na kandydowanie do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych przy Prezydencie Miasta Suwałk oraz przetwarzania moich danych osobowych dla potrzeb postępowania w sprawie powołania Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych przy Prezydencie Miasta Suwał, oraz dla potrzeb pracy Rady – zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przepływem danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. L. 119/1, 4/5/2016).

……………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis kandydata)