**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):

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

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

2. Imię i nazwisko kandydata:

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

3. Miejsce zatrudnienia kandydata, pełniona funkcja:

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

4. Uzasadnienie kandydatury:

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

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

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

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

………………………………… ……………………………………

(pieczęć organizacji/jednostki) (podpis osób uprawnionych)

………………………………..

(miejscowość, data)

**Oświadczenie kandydata:**

Wyrażam zgodę na kandydowanie do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych przy Prezydencie Miasta Suwałk oraz na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb postępowania w sprawie powołania członków Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych, 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 przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. L. 119/1, 4/5/2016).

………………………………… ……………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis kandydata)