

**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 zgłaszających kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych (*wymagane podpisy osób statutowo uprawnionych do reprezentowania podmiotu*):

.....
(*pieczęć organizacji/jednostki*)

.....
(*miejsowość, 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 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego 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*)