

Załącznik do Ogłoszenia Nr 1/2015

Starosty Kościerskiego

z dnia 7 października 2015 r.

**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) (miejscowość, data)

.....
(podpis zgłoszonego kandydata) (podpis osób uprawnionych)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, iż nie byłem/am karany/a za przestępstwo popełnione umyślnie oraz że korzystam z pełni praw publicznych. TAK/NIE*

Zgodnie z art. 23 ust.1 pkt.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1662 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Starostwo Powiatowe w Kościerzynie oraz Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie moich dobrowolnie podanych danych osobowych w związku na kandydowaniem na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych dla potrzeb niezbędnych do realizacji i dokumentacji, zgodnie z ustawą TAK / NIE*

Oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz wyrażam zgodę na upublicznienie informacji zawartych w zgłoszeniu. TAK/NIE*

.....
(data) (podpis kandydata)

*niepotrzebne skreślić