

**ZGŁOSZENIE KANDYDATA NA CZŁONKINIĘ/CZŁONKA
RADY DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W GMINIE SIECHNICE**

I. Dane kandydatki/ta: imię i nazwisko, adres zamieszkania/ korespondencyjny, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail:

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

II. Dane podmiotu zgłaszającego kandydata (jeśli zgłasza podmiot): nazwa podmiotu, forma prawna, nr KRS lub z innego rejestru (proszę podać nazwę rejestru), adres siedziby podmiotu, nr telefonu kontaktowego do przedstawiciela podmiotu zgłaszającego, adres e-mail:

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

III. Uzasadnienie kandydatury w tym jakimi działaniami chciał/aby się zająć :

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

.....
(data)

.....
(podpis kandydata/podmiotu)

Oświadczenia kandydata:

- 1) wyrażam zgodę na kandydowanie i powołanie w skład Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Gminie Siechnice,
- 2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z naborem do Siechnickiej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE,
- 3) przyjmuję do wiadomości, że za udział w posiedzeniach Rady ds. Osób Niepełnosprawnych nie przysługuje wynagrodzenie.

.....
(data)

.....
(podpis kandydata/podmiotu)