

.....
(Pieczęć podmiotu zgłaszającego)

.....
(Miejscowość, data)

**Zgłoszenie kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób
Niepełnosprawnych przy Staroście Powiatu Gryfińskiego**

I. Zgłoszenie kandydata:

1) Nazwa organizacji pozarządowej, fundacji lub oznaczenie gminy dokonującej zgłoszenia:

.....

2) Imię (Imiona) i nazwisko, miejsce zamieszkania oraz numer telefonu kandydata:

.....

.....
(pieczęć imienna i podpis/podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu zgłaszającego)

II. Oświadczenia kandydata:

- 1) wyrażam zgodę na powołanie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych przy Staroście Powiatu Gryfińskiego,
- 2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 29.08.1997r., o ochronie danych osobowych – (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis kandydata)