

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

I. Dane podmiotu zgłaszającego kandydata

Nazwa podmiotu		
Forma prawna		
Adres podmiotu		
Nr telefonu/ e-mail		

II. Dane kandydata

Imię i nazwisko		
Nr telefonu/ e-mail		
Informacja o dotychczasowej działalności kandydata na rzecz osób niepełnosprawnych		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć podmiotu i podpisy osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu)

III. Oświadczenie kandydata

1. Wyrażam zgodę na kandydowanie oraz powołanie w skład Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych przy Staroście Legnickim.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych 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.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych w Starostwie Powiatowym w Legnicy i Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Legnicy.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis kandydata)