Załącznik do ogłoszenia Nr 1/2019
Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego

z dnia 4 lipca 2019 r.

**KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA CZŁONKA**

**WOJEWÓDZKIEJ SPOŁECZNEJ RADY DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

1. Organizacja/jednostka zgłaszająca kandydata (nazwa, adres, telefon, e-mail):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Kandydat (imię i nazwisko, adres korespondencyjny, numer telefonu, e-mail):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..

1. Uzasadnienie kandydatury, w tym określenie kwalifikacji kandydata przydatnych do wykonywania zadań Członka Rady:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

1. Opis działalności na rzecz osób niepełnosprawnych kandydata na członka Rady (rodzaj podejmowanych przedsięwzięć, podejmowane inicjatywy (lokalne, regionalne), osiągnięcia):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................

**Podpis(y) osoby/osób reprezentujących organizację/jednostkę zgłaszającą kandydata na członka Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych (wymagane są podpisy osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu)**

………………………………………………..… …………………………………………………………….

 pieczęć organizacji/jednostki miejscowość, data

…………………………………………………… ……………...……………………………………………

 podpis(y) osoby/osób uprawnionych podpis(y) osoby/osób uprawnionych

 do reprezentowania podmiotu do reprezentowania podmiotu

Niniejszym:

1. Wyrażam zgodę na kandydowanie do Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych

 ……..……………………………………………………

 podpis zgłoszonego kandydata

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych: Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski w Toruniu, NIP 956-19-45-671, REGON 871121290, Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń, reprezentowany przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego – Piotra Całbeckiego. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie dla celów związanych z procedurą wyboru do Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych, a w przypadku wyboru mojej osoby do w/w Rady, do celów związanych z jej działaniem. Jestem świadomy(a) swojego prawa wglądu do własnych danych osobowych i możliwości ich poprawiania. Oświadczam, iż udostępnione Administratorowi dane są zgodne z prawdą.

 ……..……………………………………………………

 podpis zgłoszonego kandydata