**Załącznik do ogłoszenia Nr 1/2020**

 **Prezydenta Miasta Włocławek**

 **z dnia 03 marca 2020 r.**

**Formularz zgłoszeniowy kandydata na członka
Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych we Włocławku**

1. **IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA;**

|  |
| --- |
|  |

1. **OŚWIADCZENIA KANDYDATA;**
2. Ja niżej podpisana/podpisany (imię i nazwisko)................................................................................, zamieszkała/zamieszkały we Włocławku oświadczam, że jestem osoba pełnoletnią i wyrażam zgodę
na kandydowanie na członka Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych
we Włocławku.
3. Potwierdzam zgodność danych osobowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu na potrzeby naboru do Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych we Włocławku, 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

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

 miejscowość i data czytelny podpis kandydata

1. **DANE PODMIOTU ZGŁASZAJĄCEGO KANDYDATA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu: |  |
| Forma prawna: |  |
| Numer KRS: |  |
| Adres, nr telefonu, e-mail |  |
| Imię i nazwisko oraz pełnione funkcje osób reprezentujących podmiot: |  |

1. **UZASADNIENIE ZGŁOSZENIA *(krótka charakterystyka kandydata uzasadniająca zgłoszenie)***

|  |
| --- |
| .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………... |

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

miejscowość i data pieczęć podmiotu podpis osoby / osób uprawnionych

1. **OBOWIĄZEK INFORMACYJNY**
2. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Włocławek z siedzibą we Włocławku, Zielony Rynek 11/13.
3. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych, e-mail: iod@um.wloclawek.pl, tel. (54) 414 42 69.
4. Dane osobowe przetwarzane są w celu przeprowadzenia naboru zgłoszeń kandydatów na członków Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych we Włocławku oraz uczestnictwa w pracach tejże Rady.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez czas wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów
z dnia 18 stycznia 2011 (Dz. U. z 2011r. Nr 14, poz. 67) w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt (JRWA) oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych lub innych szczególnych przepisach prawa.
6. Pani/Pana dany osobowe będą przekazywane wyłącznie podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Podanie danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska oraz miejsca zamieszkania jest obowiązkowe
i wynika z przepisów prawa.
8. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
9. prawo dostępu do danych osobowych,
10. prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych,
11. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
12. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z przepisami prawa.

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

 miejscowość i data czytelny podpis kandydata