

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA

przedstawiciela organizacji do prac w komisji konkursowej  
opieki społecznej i działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, wspierania i  
upowszechniania kultury fizycznej, w tym współzawodnictwa sportowego, na wspieranie  
zadań z zakresu działalności na rzecz osób w wieku emerytalnym, ponadto na  
działalność na rzecz mniejszości narodowych i etnicznych oraz języka regionalnego,  
wypoczynku dzieci i młodzieży

| DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA CZŁONKA KOMISJI  |  |
|--|--|
| <b>Imię i nazwisko kandydata</b>   |  |
| <b>Dane kontaktowe kandydata</b><br>(adres do korespondencji, tel. kontaktowy, e-mail)   |  |
| <b>Funkcja pełniona w organizacji<br/>pozarządowej/podmiocie</b>   |  |
| <b>Nazwa organizacji pozarządowej/podmiotu</b><br>(proszę podać pełną nazwę organizacji<br>pozarządowej/podmiotu oraz numer KRS lub<br>właściwego rejestru, ewidencji potwierdzający status<br>prawny) |  |

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych własnoręcznym podpisem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru na członka komisji konkursowej oraz przeprowadzanej procedury otwartego konkursu ofert, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016r. poz. 922 z póź. zm.).

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)

|   |  |
|---|--|
| <b>Pieczętka organizacji oraz podpis osoby<br/>upoważnionej do reprezentowania<br/>organizacji pozarządowej/podmiotu, z<br/>ramienia którego występuje kandydat</b> |  |
|---|--|