

**Zgłoszenie kandydata na członka   
Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Grudziądzu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje o podmiocie zgłaszającym kandydata** | |
| Nazwa organizacji pozarządowej/fundacji |  |
| Numer w Krajowym Rejestrze Sadowym |  |
| **Informacje o kandydacie** | |
| Imię i nazwisko kandydata |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Numer telefonu |  |
| **Opis dotychczasowej działalności prowadzonej przez kandydata na rzecz osób niepełnosprawnych** | |
|  | |
|  | |
| Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji/fundacji |  |
| **Oświadczam, iż wyrażam zgodę na zgłoszenie mnie na kandydata oraz powołanie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Grudziądzu.** | |
| Czytelny podpis  kandydata |  |
| Na podstawie *art. 6 ust. 1 lit a rozporządzenia 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)* (*Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)* **wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w zgłoszeniu.**  **Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:**   1. **Administratorem danych osobowych jest Prezydent Grudziądza z siedzibą w Grudziądzu przy ul. Ratuszowej 1.** 2. **Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu przeprowadzenia naboru do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Grudziądzu.** 3. **Mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie danych osobowych bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie zgody oznacza zaprzestanie przetwarzania danych osobowych.** | |
| Czytelny podpis  kandydata |  |