

**Karta zgłoszenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób  
Niepełnosprawnych w Powiecie Żyrardowskim**

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

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

2. Kandydat (imię i nazwisko):

.....

3. Uzasadnienie kandydatury:

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

Podpisy osób reprezentujących organizację/jednostkę zgłaszającą kandydata na członka  
Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych

.....  
(pieczęć organizacji/jednostki)

.....

.....  
(podpis osób uprawnionych)

1. Wyrażam zgodę na powołanie mnie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Żyrardowskim.
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 zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych Starostwie Powiatowym w Żyrardowie i w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Żyrardowie.

Miejscowość, dnia.....

.....  
(podpis kandydata)