Załącznik do Ogłoszenia Nr 1/ROPS/2020

Marszałka Województwa Świętokrzyskiego

z dnia 17 sierpnia 2020 r.

**Formularz zgłoszeniowy kandydata do Wojewódzkiej Społecznej Rady**

**ds. Osób Niepełnosprawnych**

1. **Dane dotyczące organizacji pozarządowej, fundacji lub jednostki samorządu terytorialnego rekomendującej kandydata.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa  |  |
| Adres |  |
| Numer KRS lub innego rejestru lub ewidencji |  |
| E-mail, telefon, fax |  |
|

|  |
| --- |
| Czy organizacja pozarządowa/podmiot prowadzi działania na rzecz osób niepełnosprawnych? \* |

 | **TAK □ NIE □** |
| Zakres działalności statutowej |  |

1. **Dane dotyczące kandydata zgłoszonego przez organizację pozarządową, fundację lub przedstawiciela jednostki samorządu terytorialnego.**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Funkcja, jaką kandydat sprawuje w podmiocie, który go zgłasza |  |
| Uczestnictwo w innych społecznych radach dot. ON\* | **TAK □ NIE □** |
| Charakterystyka działalności kandydata |  |
| Rodzaj podejmowanych przedsięwzięć, podejmowane inicjatywy (lokalne, regionalne), osiągnięcia. |  |
|

|  |
| --- |
| Krótki opis proponowanych działań jakie kandydat wniesie do realizacji w najbliższej kadencji Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych. |
|  |

 |  |

\*zaznaczyć właściwe

……………………………….. ……………………………

Pieczęć podmiotu zgłaszającego Podpis osób uprawnionych

……………………………….

 Miejscowość, data

**Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na kandydowanie:**

Ja niżej podpisany(-a)

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na kandydowanie na członka Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych. Jednocześnie oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z ogłoszeniem
w sprawie uzupełnienia składu Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego 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. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str.1),

 ……………………… …………………………………..

 Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 2016.119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Marszałek Województwa Świętokrzyskiego
z siedzibą w Kielcach , al. IX Wieków Kielc 3, 25-516, Kielce. tel: 41/342-15-30 fax: 41/344-52-65. e-mail: urzad.marszalkowski@sejmik.kielce.pl,
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: al. IX Wieków Kielc 3, 25-516, Kielce, tel: 41/342-14-87, fax: 41/342-10-28, e-mail: iod@sejmik.kielce.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia
o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. w celu przeprowadzenia postępowania wyboru członków Rady.
4. Pani/Pana nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celów w jakich zostały pozyskane, w sposób określony w Instrukcji kancelaryjnej, o której mowa w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. 2011 nr 14 poz. 67).
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność
z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować brakiem rozpatrzenia kandydatury.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

 ……………………… …………………………………..

 Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata