

.....  
Pieczęć podmiotu zgłaszającego

.....  
Miejscowość, data

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

Zgłoszenie kandydata:

1. Nazwa organizacji pozarządowej, fundacji lub dokonującej zgłoszenia:

.....  
• siedziba:

.....  
• KRS:

.....  
2. Dane kandydata:

• Imię (imiona) i nazwisko:

.....  
• miejsce zamieszkania:

.....  
• numer telefonu:

.....  
• adres e-mail:

.....  
• miejsce pracy:

.....  
**Załączniki:**

1. Oświadczenie kandydata na członka  
Powiatowej Społecznej Rady do Spraw  
Osób Niepełnosprawnych
2. List motywacyjny

.....  
Pieczęć imienna i podpis osoby upoważnionej do  
składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu  
zgłaszającego

**Oświadczenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób  
Niepełnosprawnych:**

- 1) wyrażam zgodę na powołanie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Mieście Koninie,
- 2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997r., o ochronie danych osobowych - (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis kandydata

**Załącznik nr 2**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Nazwa organizacji, fundacji

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer telefonu

.....  
Adres e-mail

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie**  
ul. Przyjaźni 5  
62-510 Konin

**List motywacyjny**