Załącznik do ogłoszenia Nr …………………….
Zarządu Powiatu Zielonogórskiego
z dnia …………………………………….

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Nabór na kandydata na członka komisji konkursowej do opiniowania złożonych ofert w otwartym konkursie ofert na realizację zadania publicznego Powiatu Zielonogórskiego w roku 2024 z zakresu działalności na rzecz osób z niepełnosprawnością.**

1. **Imię i nazwisko kandydata na członka komisji:**

|  |
| --- |
|  |

2. **Adres i dane kontaktowe kandydata:**

|  |  |
| --- | --- |
| adres do korespondencji: |  |
| adres e – mail: |  |
| nr telefonu: |  |

3. **Posiadane przez kandydata doświadczenie, kwalifikacje i umiejętności niezbędne do pracy w komisji konkursowej:**

|  |
| --- |
|  |

Oświadczenie:

1. Wyrażam zgodę na zgłoszenie mojej osoby do komisji konkursowej do opiniowania złożonych ofert w otwartym konkursie ofert na realizację zadania publicznego Powiatu Zielonogórskiego w roku 2024 z zakresu działalności na rzecz osób z niepełnosprawnością.

2. Oświadczam, że nie byłam/em karany za przestępstwa umyślne lub przestępstwa skarbowe oraz, że korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełna zdolność do czynności prawnych.

3. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z realizacja procedury konkursowej dotyczącej rozpatrywania ofert organizacji pozarządowych na realizację zadania publicznego, wyłącznie dla celów konkursu, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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)

………………………………………

czytelny podpis kandydata na członka komisji

**DANE ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ LUB PODMIOTU WYMIENIONEGO W ART. 3 UST. 3 USTAWY O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO I O WOLONTARIACIE, WSKAZUJĄCEJ KANDYDATA:**

1. Nazwa organizacji:……………………………………………………………………………….

2. Adres organizacji:………………………………………………………………………………..

3. Nr KRS lub innego właściwego rejestru: ……………………………………………………….

4. Imię i nazwisko oraz pełniona funkcja osoby/ osób wskazującej/ wskazujących kandydata w imieniu jej Organizacji:…………………………………………………………………………

………………………………………………

 *czytelny podpis osoby/osób wskazującej/wskazujących*

*wg KRS lub innego właściwego rejestru*