Załącznik

do Ogłoszenia Nr 1/2019

Starosty Hrubieszowskiego

z dnia 3 października 2019 r.

# Karta zgłoszenia kandydata na członka

# Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Hrubieszowie

**I. Dane podmiotu zgłaszającego kandydata:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** |  |
| **Forma prawna** |  |
| **KRS** |  |
| **Adres podmiotu** |  |
| **Nr telefonu** |  | **Adres e-mail** |  |

**II. Dane kandydata:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Nr telefonu \*** |  | **Adres e-mail \*** |  |

*\*dane podawane dobrowolnie*

**IV. Uzasadnienie kandydatury:**

Podpisy osób reprezentujących podmiot (organizację/ jednostkę ) działających na terenie Powiatu Hrubieszowskiego zgłaszających kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Hrubieszowie (wymagane czytelne podpisy osób statutowo uprawnionych lub upoważnionych do reprezentowania podmiotu):

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

*(pieczęć podmiotu) (miejscowość, data)*

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

 *(podpis zgłoszonego kandydata) (podpis osoby lub osób uprawnionych)*

**Oświadczenia kandydata**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wyrażam zgodę na kandydowanie i powołanie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Hrubieszowie.

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

 *(miejscowość, data) (czytelny podpis kandydata)*