**FORMULARZ ZGŁORZENIOWY
NA CZŁONKA KOMISJI KONKURSOWEJ**

**Programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej oraz Opieka wytchnieniowa**

|  |
| --- |
| **DANE ORGANIZACJI KTÓRA ZGŁASZA KANDYDATA** |
| **Nazwa podmiotu** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Adres** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Osoba/y uprawniona/e do reprezentacji podmiotu (imię i nazwisko, stanowisko)**  |  |
| **Osoba do kontaktów roboczych (imię i nazwisko, stanowisko, nr telefonu, adres email)** |  |

|  |
| --- |
| **KANDYDAT** |
| **1.** | **Imię i nazwisko****Telefon kontaktowy****Adres e-mail** |  |

………………………………………… …………………………………………………..

 ***Pieczęć firmowa Data i podpis osób upoważnionych***



**ZGODA KANDYDATA
NA CZŁONKA KOMISJI KONKURSOWEJ**

**Programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej oraz Opieka wytchnieniowa**

|  |
| --- |
| **KANDYDAT** |
| **1.** | **Imię i nazwisko****Telefon kontaktowy****Adres e-mail** |  |

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na zgłoszenie mnie do udziału w praca komisji konkursowej i przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z funkcjonowaniem komisji konkursowej

………………………………………… …………………………………………………..

 ***Miejscowość Data i podpis***