

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA – DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PRACACH KOMISJI  
KONKURSOWEJ**

| <b>Dane dotyczące kandydata na członka komisji</b>                                                                                                                                  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko kandydata na członka komisji:                                                                                                                                       |  |
| Data urodzenia (dd/mm/rrrr):                                                                                                                                                        |  |
| Telefon kontaktowy:                                                                                                                                                                 |  |
| Email kontaktowy:                                                                                                                                                                   |  |
| Opis doświadczenia kandydata w zakresie przygotowania wniosków o dotacje lub realizacji projektów (wymagane przynajmniej dwuletnie doświadczenie), max. 150 wyrazów:                |  |
| <b>Opis zaangażowania kandydata na członka komisji w działalność organizacji/podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie</b> |  |
| Nazwa organizacji/podmiotu (nr KRS):<br><br>Funkcja:                                                                                                                                |  |

**Deklaruję chęć udziału w komisji konkursowej w zakresie działań na rzecz osób niepełnosprawnych.**

*Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby naboru na członków komisji konkursowej zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).*

*Ponadto informujemy, iż:*

*a) Administratorem Państwa danych osobowych (dalej: Administrator) jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach, ul. Studzienna 2, 25-544 Kielce. W przypadku pytań dotyczących procesu przetwarzania swoich danych osobowych mogą Państwo skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pisząc na adres e-mail [iod@mopr.kielce.pl](mailto:iod@mopr.kielce.pl)*

*b) przekazane przez Państwa dane będą przetwarzane przez okres 5 lat. Okres przechowywania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przewidziany przez przepisy prawa, które mogą mieć związek z realizacją niniejszej usługi,*

*c) przysługuje Państwu prawo do dostępu do danych, ich sprostowania, kopii danych, usunięcia danych, przy czym uprawnienie to zostanie zrealizowane po okresie nie krótszym niż okres przechowywania danych,*

*d) odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być instytucje uprawnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty upoważnione na podstawie podpisanej umowy pomiędzy Administratorem a tym podmiotem,*

*e) w przypadku powzięcia informacji o niewłaściwym przetwarzaniu Państwa danych osobowych przez Administratora, przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie swoich danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych.*

Oświadczam, iż:

- Jestem osobą pełnoletnią*
- Spełniam kryteria określone w ogłoszeniu o naborze.*
- Zapoznałem/am się z zasadami udziału przedstawicieli organizacji pozarządowych/podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie w komisji konkursowej.*

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Podpis kandydata na członka komisji: |  |
|--------------------------------------|--|

*Zgłaszamy ww. kandydata do komisji konkursowej jako reprezentację naszej/naszych organizacji/podmiotu.*

|                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------|--|
| Podpis i pieczęcie członków Zarządu organizacji/podmiotu: |  |
|-----------------------------------------------------------|--|

Wypełniony i podpisany formularz należy dostarczyć drogą pocztową lub osobiście do Działu Adaptacji Osób Niepełnosprawnych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Kielcach, ul. Studzienna 2 w nieprzekraczalnym terminie do dnia **28 czerwca 2021 r.**