Załącznik do ogłoszenia Nr 1/2023
Starosty Starachowickiego
z dnia 31 maja 2023 r.

**Karta zgłoszenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Starachowicach**

1. Organizacja pozarządowa/ fundacja/jednostka samorządu terytorialnego zgłaszająca kandydata (nazwa, adres, telefon, e-mail):

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

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

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

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

2. Kandydat (imię i nazwisko):

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

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

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

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

3. Uzasadnienie kandydatury:

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

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

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

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

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

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

Podpisy osób reprezentujących organizację/fundację/jednostkę zgłaszających kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych (wymagane podpisy osób statutowo uprawnionych do reprezentacji podmiotu):

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

(pieczęć organizacji/fundacji/jednostki) (podpis osób uprawnionych)

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

(miejscowość i data)

Wyrażam zgodę na powołanie mnie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Starachowicach.

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

(miejscowość i data) (czytelny podpis kandydata)