*Załącznik do Ogłoszenia*

*Starosty Szczecineckiego*

*z dnia 22 listopada 2023 r.*

*w sprawie zgłaszania kandydatów*

*do Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych*

*w Powiecie Szczecineckim*

**Karta zgłoszenia kandydata na członka**

**Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Szczecineckim**

1. **Zgłoszenie kandydata:**
2. Dane podmiotu zgłaszającego kandydata (nazwa, adres siedziby, telefon, e-mail):

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

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

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

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

1. Dane wskazanego kandydata:

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………..……….

adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………..

telefon: ………………………………………………………………………………………………….

e-mail: ……………………………………………………………………………………………………

1. Uzasadnienie wyboru kandydatury (tj. posiadane przez kandydata doświadczenie, kwalifikacje  
    i umiejętności szczególnie przydatne podczas pracy Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Szczecineckim):

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

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

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

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

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

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

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

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

Podpisy osób reprezentujących Podmiot zgłaszający kandydata do Powiatowej Społecznej Rady   
do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Szczecineckim (wymagane podpisy osób statutowo uprawnionych do reprezentowania podmiotu) :

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

*(pieczęć Podmiotu) (podpis osób uprawnionych)*

Miejscowość, data .....................................................