# **Karta zgłoszenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Wodzisławiu Śląskim**

1. Organizacja /Jednostka zgłaszająca kandydata (nazwa, adres, telefon, e-mail):

|  |
| --- |
| Proszę wypełnić: |

1. Kandydat (imię i nazwisko i adres zamieszkania kandydata):

|  |
| --- |
| Proszę wypełnić |

1. Uzasadnienie kandydatury:

|  |
| --- |
| Proszę wypełnić: |

1. Podpisy osób reprezentujących organizację/jednostkę zgłaszających kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych (wymagane podpisy osób statutowo uprawnionych do reprezentowania podmiotu):

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

(pieczęć organizacji/jednostki) (podpis osób uprawnionych)

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

(miejscowość i data)

1. **Oświadczenie kandydata do Rady:**

Wyrażam zgodę na powołanie mnie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Wodzisławiu Śląskim

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

(miejscowość i data) (czytelny podpis)