**Zgłoszenie kandydata**

**na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw**

**Osób Niepełnosprawnych przy Staroście Tomaszowskim**

**I. Dane podmiotu zgłaszającego kandydata**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu |  |
| Forma prawna |  |
| Adres podmiotu |  |
| Nr telefonu/e-mail |  |  |

**II. Dane kandydata**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Nr telefonu/e-mail |  |  |
| Informacja o dotychczasowej działalności kandydata na rzecz osób niepełnosprawnych………………………………………………………………………………………………................................………………………………………………………………………………………………................................………………………………………………………………………………………………...............................…………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….. |

…………………………………. …………………………………………

 (miejscowość data) (pieczęć podmiotu i podpis osób uprawnionych do

 składania oświadczeń woli w imieniu kandydata)

**III. Oświadczenie kandydata**

1. Wyrażam zgodę na kandydowanie oraz powołanie w skład Powiatowej Społecznej Rady do spraw Osób Niepełnosprawnych przy Staroście Tomaszowskim.

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

3. Oświadczam, że zapoznałam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tomaszowie Mazowieckim.

………………………….. ………………………………..

 (miejscowość, data)

 (podpis kandydata)

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tomaszowie Mazowieckim; 97-200 Tomaszów Maz., ul. Św. Antoniego 41,**
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@pcpr-tm.pl tel: 447251460 wew.425
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 ust.1 lit. c i art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. na **podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w celu realizacji** Pani/ Pana wniosku z dnia ……………….…. .
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez niezbędny okres do realizacji ww. celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych

Osobowych

1. **podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jest obligatoryjnym warunkiem przeprowadzenia postępowania w Pani/Pana sprawie.**