Załącznik Nr 1

do ogłoszenia Nr 1/2019

Starosty Suwalskiego

z dnia 29 maja 2019 r.

**KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA**

na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych

Nazwa podmiotu zgłaszającego kandydata, adres oraz, jeśli dotyczy, numer KRS lub innej ewidencji: ……………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..………..…….……….……………………………………………

Wskazuję/wskazujemy\* Panią/Pana\*:……………..………..........………………………....………………..,

zamieszkałą/zamieszkałego\* …………………………………………………………………………….…………..

na kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Uzasadnienie rekomendacji:

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

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

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

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

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

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

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

Oświadczam(-y), że:

1. podmiot zgłaszający kandydata działa na terenie powiatu suwalskiego;
2. zgłoszony kandydat wyraził zgodę na pełnienie funkcji członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Dane kontaktowe do kandydata (dobrowolnie):

tel. …………..………… e-mail ………………….…………………...…

…………………………………… ……….……………………...……

 Czytelny podpis kandydata Czytelny podpis lub podpisy osoby/osób

 uprawnionej/ uprawnionych

 do reprezentowania podmiotu

Miejscowość, data ……….……………………...……

\*Niepotrzebne skreślić.