**Załącznik do ogłoszenia  
nr 1/2019  
Starosty Powiatu Jarosławskiego   
z dnia 1.10.2019**

**Formularz zgłoszeniowy kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady   
do spraw Osób Niepełnosprawnych na kadencję 2019-2023**

*(wypełnia podmiot zgłaszający kandydata)*

**I. Dane Kandydata**

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

(imię/imiona, nazwisko)

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

(adres do korespondencji)

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

(nr telefonu, e-mail)

**II. Dane podmiotu zgłaszającego kandydata**

1. Nazwa podmiotu

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

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

2. Forma prawna

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

3. Nr KRS

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

4. Adres podmiotu

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

5. Nr telefonu

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

6. Adres e-mail

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

7. Funkcja, jaką zgłaszany kandydat sprawuje w podmiocie, który go zgłasza (czy jest członkiem podmiotu, wolontariuszem lub współpracownikiem), w tym krótka charakterystyka działalności kandydata.

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Krótki opis proponowanych działań jakie kandydat wniesie do realizacji w najbliższej kadencji Rady ds. Osób Niepełnosprawnych

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(miejscowość, data) (podpis osoby / osób uprawnionych

**Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na kandydowanie**:

*(wypełnia kandydat)*

Ja niżej podpisany/a

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

oświadczam, **że wyrażam zgodę na kandydowanie** na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych. Jednocześnie oświadczam, że dane zawarte   
w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis kandydata)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z dyspozycją art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. Z 2016r. L119,poz. 1) **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarosławiu informuje, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Jana Pawła II 17 w Jarosławiu (37-500), tel.: 16 624 62 85, adres e-mail: [sekretariat@pcpr-jaroslaw.pl](mailto:pcpr.jaroslaw@op.pl)
2. W imieniu Administratora sferę przetwarzania danych osobowych nadzoruje Inspektor Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem siedziby Administratora, jak również pod numerem telefonu 16 624 62 27 oraz adresem poczty elektronicznej: iod@powiat.jaroslaw.pl
3. Pani/Pana dane osobowe będą/są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań Powiatu Jarosławskiego, w szczególności realizacji **Rozporządzenia *Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2003 r. w sprawie organizacji oraz trybu działania wojewódzkich   
   i powiatowych społecznych rad do spraw osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2003r. Nr 62 poz. 560)***
4. Przetwarzane przez Administratora Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy (ustawy szczególne), ustawę z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (tj. Dz.U. z 2018r. poz. 217 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, zgodnie z instrukcją kancelaryjną.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. *Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie przepisów prawa.*
8. *Podawanie danych osobowych w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami prawa jest obligatoryjne.*