Załącznik do ogłoszenia Nr 1 /2023
Marszałka Województwa Mazowieckiego

z dnia 27 listopada 2023 r.

**KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA CZŁONKA**

**WOJEWÓDZKIEJ SPOŁECZNEJ RADY DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

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

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

1. Kandydat (imię i nazwisko, adres korespondencyjny, numer telefonu, e-mail):

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

1. Uzasadnienie kandydatury, w tym określenie kwalifikacji kandydata przydatnych do wykonywania zadań Członka Rady:

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

1. Opis działalności na rzecz osób niepełnosprawnych kandydata na członka Rady (rodzaj podejmowanych przedsięwzięć, podejmowane inicjatywy (lokalne, regionalne), osiągnięcia):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Podpis(y) osoby/osób reprezentujących organizację/jednostkę zgłaszającą kandydata na członka Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych (wymagane są podpisy osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu)**

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

 pieczęć organizacji/jednostki miejscowość, data

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

 podpis(y) osoby/osób uprawnionych podpis(y) osoby/osób uprawnionych

 do reprezentowania podmiotu do reprezentowania podmiotu

Niniejszym:

1. Wyrażam zgodę na kandydowanie do Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych.

 ……..……………………………………………………

 podpis zgłoszonego kandydata

1. Oświadczam, że nie jestem skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo
i nie toczy się wobec mnie postępowanie karne oraz, że jestem osoba pełnoletnią i korzystam
w pełni z praw publicznych.

 ……..……………………………………………………

 podpis zgłoszonego kandydata

1. Zapoznałem/am się z poniższą klauzulą informacyjną i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Oświadczam, iż udostępnione Administratorowi dane są zgodne z prawdą.

 ……..……………………………………………………

 podpis zgłoszonego kandydata

**KLAUZULA INFORMACYJNA:**

Uprzejmie informujemy, że Administratorem danych osobowych jest Marszałek Województwa Mazowieckiego.

**Dane kontaktowe:**

Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie

ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa

tel. (22) 5979100, email: urzad\_marszalkowski@mazovia.pl

ePUAP: /umwm/SkrytkaESP

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@mazovia.pl lub korespondencyjnie, na adres urzędu, z dopiskiem „inspektor ochrony danych”.

**Pani/Pana dane osobowe:**

1) będą przetwarzane na podstawie interesu publicznego lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO) wynikającej z art. 44a ust. 1 oraz art. 44c ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm.) oraz na postawie § 9 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 2003 r. nr 62, poz. 520) w celu przeprowadzenia naboru do Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych przy Marszałku Województwa Mazowieckiego;

3) mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom

świadczącym obsługę administracyjno-organizacyjną Urzędu;

4) mogą być udostępnione MCPS w celu obsługi działalności Rady;

5) będą przechowywane nie dłużej, niż to wynika z przepisów o archiwizacji - dostępnych m.in. na stronie www.mazovia.pl, w zakładce „Polityka prywatności”.

W granicach i na zasadach określonych w przepisach prawa przysługuje Pani/Panu:

− prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania, żądania ich usunięcia oraz żądania ograniczenia ich przetwarzania;

− prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych

Osobowych, na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;

Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Niepodanie danych może się wiązać z brakiem możliwości rozpatrzenia zgłoszenia.

 ……..……………………………………………………

 podpis zgłoszonego kandydata