**Formularz zgłoszenia przedstawiciela organizacji pozarządowej na członka Zespołu Interdyscyplinarnego**

Deklaruję udział w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Nazwa organizacji pozarządowej, |  |
| reprezentowanej przez kandydata  (nr KRS) |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| E-mail kontaktowy |  |
| Zakres działalności statutowej |  |

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych własnoręcznym podpisem:

**………………………………………………….**

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych. (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)., wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru członków Zespołu Interdyscyplinarnego.

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis kandydata na członka Zespołu Interdyscyplinarnego: |  |
| Data i miejscowość |  |
| Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji/podmiotu, z ramienia, których występuje kandydat |  |

**Wypełniony i podpisany formularz należy przekazać w terminie do 31 sierpnia 2023 r.**

− osobiście w Ośrodku Pomocy Społecznej w Stroniu Śląskim;

− drogą pocztową na adres: Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Zielona 5,

57-550 Stronie Śląskie;

− drogą elektroniczną na adres mailowy: [ops@stronie.pl](mailto:ops@stronie.pl)