Załącznik do ogłoszenia Starosty Kartuskiego

z dnia 03.10.2023 r.

**KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA DO**

**POWIATOWEJ SPOŁECZNEJ RADY DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PRZY STAROŚCIE KARTUSKIM na lata 2024 - 2027**

* 1. **Zgłoszenie kandydata:**
     1. **Organizacja, Fundacja działająca na terenie Powiatu Kartuskiego /Gmina z terenu Po- wiatu Kartuskiego zgłaszająca kandydata:**
        + nazwa:…...................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………

* + - * adres:…………………………………………………………………………………………
    1. **Dane wskazanego kandydata:**
       - imię:………………………………………………………………………………………….
       - nazwisko:…………………………………………………………………………………….
       - adres zamieszkania……………………………………………………………………………
       - telefon, e-mail………………………………………………………………………………..
    2. **Uzasadnienie wyboru kandydata** (tj. posiadane przez kandydata doświadczenie, kwalifikacje i umiejętności szczególnie przydatne podczas pracy Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób nie- pełnosprawnych w Powiecie Kartuskim)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Podpisy osób reprezentujących organizację, fundację działającą na terenie Powiatu Kartuskiego

/Gminę z terenu Powiatu Kartuskiego zgłaszającą kandydata do Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych przy Staroście Kartuskim (wymagany podpis osób statutowo uprawnionych do reprezentowania podmiotu):

…………………………….. …………………………….

(pieczęć organizacji/fundacji/Gminy) (podpisy osób uprawnionych)

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

(miejscowość, data)

* 1. Oświadczenia kandydata na kandydowanie do składu Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Kartuskim:

1. Ja niżej podpisana/y (imię i nazwisko) za-

mieszkała/zamieszkały w Powiecie Kartuskim oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią i wy- rażam zgodę na kandydowanie na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Nie- pełnosprawnych w Powiecie Kartuskim.

1. Potwierdzam zgodność danych osobowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu na potrzeby naboru do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Kartuskim, zgodnie z rozporządzeniem Parla- mentu 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 prze- pływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz oświadczam, iż zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną Starostwa Powiato- wego w Kartuzach.

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

*miejscowość i data czytelny podpis kandydata*

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego prze- pływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) Starostwo Powiatowe w Kartuzach infor- muję, że:

* 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Kartuski. Z administratorem można skontaktować się:
     + poprzez pocztę elektroniczną pod adresem [powiat@kartuskipowiat.pl,](mailto:powiat@kartuskipowiat.pl)
     + telefonicznie +48 58 681-03-28, 58 685-33-43,
     + listownie – kierując korespondencję na adres siedziby administratora: 83-300 Kartuzy, ul. Dworcowa 1.
  2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się:
     + poprzez pocztę elektroniczną pod adresem [iod@kartuskipowiat.pl,](mailto:iod@kartuskipowiat.pl)
     + listownie – kierując korespondencję na adres siedziby administratora,

Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobo- wych przez Administratora oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

* 1. Pani/ Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia kandydatury na członka Powiatowej Społecznej Rady Do Spraw Osób Niepełnosprawnych przy Staroście Kartuskim, a w przypadku wyboru na członka tej Rady dane będą przetwarzane w celu zapewnienia funkcjonowania Rady.
  2. podstawą prawną przetwarzania jest ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U z 2023 r., poz. 100 z późn. zm.) oraz Rozporządze- nie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2003 roku w sprawie organizacji oraz trybu działania wojewódzkich i powiatowych społecznych rad do spraw osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 62, poz. 560);
  3. podanie danych jest niezbędne do prawidłowej realizacji celów o których mowa w pkt. 3.
  4. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, że przetwa- rzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku;
  5. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty wykonujące na zlecenie administratora zadania związane z utrzymywaniem systemów informatycznych uczestniczących w przetwarzaniu danych. Pani/Pana dane osobowe w zakresie imienia, nazwiska, funkcji w organizacji, fundacji, jednostce oraz funkcji w Powiatowej Społecznej Radzie ds. Osób Niepełnosprawnych zostaną także udostępnione w Biuletynie Informacji Publicznej Starostwa Powiatowego w Kartuzach.

……………………………. ……………………………

miejscowość i data czytelny podpis kandydata