**Załącznik do ogłoszenia
Starosty Pszczyńskiego
z dnia 02.03.2020**

**Formularz zgłoszeniowy kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady
do spraw Osób Niepełnosprawnych na kadencję 2020-2024**

*(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 na rzecz osób z niepełnosprawnościami.

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Uzasadnienie zgłoszenia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 (miejscowość, data) (pieczęć) (podpis osoby / osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu

 zgłaszającego kandydata )

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

1. Ja niżej podpisana/podpisany (imię i nazwisko)

............................................................................................, oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią i wyrażam zgodę na kandydowanie i powołanie na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pszczynie.

1. Potwierdzam zgodność danych osobowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu na potrzeby naboru kandydatów do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pszczynie oraz na potrzeby pełnienia funkcji członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pszczynie w przypadku wyboru mojej kandydatury, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu 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 przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE. L Nr 119/1). (RODO)

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

 miejscowość i data czytelny podpis kandydata

 **IV. Klauzula informacyjna**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Pszczynie jest Starosta Pszczyński, ul. 3 Maja 10, 43-200 Pszczyna, zwany dalej Administratorem.
2. Dane kontaktowe Inspektora ochrony danych w Starostwie Powiatowym w Pszczynie: Starostwo Powiatowe w Pszczynie ul. 3 Maja 10, nr telefonu 32 44 92 307, adres e-mail: IOD@powiat.pszczyna.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu naboru kandydatów do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych
w Pszczynie oraz na potrzeby pełnienia funkcji członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w przypadku wyboru Pani/Pana kandydatury.
4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a, e, Rozporządzenia Parlamentu 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 przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE. L Nr 119/1).(RODO).
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane również przez podmioty,
z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w szczególności w zakresie obsługi informatycznej, prawnej
a także przez podmioty, którym Administrator udostępnia dane osobowe na podstawie przepisów prawa, w szczególności organom ścigania, organom kontrolnym.
6. Na zasadach określonych przepisami RODO posiada Pani/Pan prawo do:

- żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,

- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;

- otrzymywania kopii danych osobowych podlegających przetwarzaniu;

- wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych – w przypadku udzielenia takiej zgody.

Z zastrzeżeniem, że niektóre żądania mogą być ograniczone ze względu na przepisy prawa.

1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonywania zadań, o których mowa w pkt 3 oraz przez wymagany w świetle obowiązującego prawa okres po zakończeniu ich wykonywania w celu ich archiwizowania oraz ewentualnego dochodzenia roszczeń, a także w interesie publicznym, do celów badań naukowych lub historycznych lub do celów statystycznych.
2. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
3. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

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

 miejscowość i data czytelny podpis kandydata