**Karta zgłoszenia**

**przedstawiciela organizacji pozarządowej na członka Zespołu Interdyscyplinarnego**

**Deklaruję udział w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA CZŁONKA ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO** | |
| Imię i nazwisko kandydata na członka Zespołu Interdyscyplinarnego (ZI) |  |
| Nazwa organizacji pozarządowej, reprezentowanego przez kandydata (nr KRS): |  |
| Adres do korespondencji: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| E-mail kontaktowy: |  |
| Zakres działalności statutowej: |  |
| Opis doświadczenia kandydata w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej: |  |

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 |  |