**Starostwo Powiatowe**

**Wydział Spraw Społeczno-Oświatowych**

**ul. Mieszka I 16**

**78-300 Świdwin**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Nabór na kandydata na członka Komisji Konkursowej do opiniowania złożonych ofert
w otwartym konkursie ofert na powierzenie realizacji zadań publicznych w 2020 roku (Dotyczy : Uchwała Nr 42/111/19 Zarządu Powiatu Świdwińskiego z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację zadań publicznych w 2020 roku oraz naboru kandydatów do składu komisji opiniującej oferty w przedmiotowym konkursie).**

1. **Imię i nazwisko kandydata na członka komisji:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Adres i dane kontaktowe kandydata:**

|  |  |
| --- | --- |
| adres do korespondencji: |  |
| adres e – mail: |  |
| nr telefonu: |  |

1. **Posiadane przez kandydata doświadczenie, kwalifikacje i umiejętności niezbędne do pracy w komisji konkursowej:**

|  |
| --- |
|  |

*Oświadczenie:*

1. *Wyrażam zgodę na zgłoszenie mojej osoby do komisji konkursowej do opiniowania złożonych ofert w otwartym konkursie ofert na realizację zadań publicznych w 2020roku.*
2. *Oświadczam, że nie byłam/em karany za przestępstwa umyślne lub przestępstwa skarbowe oraz, że korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełna zdolność do czynności prawnych.*
3. *Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z realizacja procedury konkursowej dotyczącej rozpatrywania ofert organizacji pozarządowych na realizację zadań publicznych, wyłącznie dla celów konkursu.*

………………………………………

*czytelny podpis kandydata na członka komisji*

**DANE ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ LUB PODMIOTU WYMIENIONEGO W ART. 3 UST. 3 USTAWY O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO I O WOLONTARIACIE, WSKAZUJĄCEJ KANDYDATA:**

1. Nazwa organizacji:……………………………………………………………………………….
2. Adres organizacji:………………………………………………………………………………..
3. Nr KRS lub innego właściwego rejestru: ……………………………………………………….
4. Imię i nazwisko oraz pełniona funkcja osoby/osób wskazującej/wskazujących kandydata w imieniu jej Organizacji: …………………………………………………………………………

………………………………………………

 *czytelny podpis osoby/osób wskazującej/wskazujących*

*wg KRS lub innego właściwego rejestru*