*Załącznik nr 3 do Ogłoszenia konkursowego*

**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 II otwartym konkursie ofert na realizację zadań publicznych w 2022 roku z zakresu ochrony i promocji zdrowia oraz działalności na rzecz osób niepełnosprawnych.**

**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 II otwartym konkursie ofert na realizację zadań publicznych w 2022 roku.*
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. *Zobowiązuję się do zachowania poufności na zasadach obowiązujących członków komisji będących pracownikami Starostwa Powiatowego w Świdwinie.*
4. *Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z realizacją 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*