

**CZĘŚĆ B** (wypełnia kandydat)

1. Wyrażam zgodę na powołanie mnie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych, działającej przy Staroście Bieruńsko-Lędzińskim.
2. Oświadczam, że nie byłem/am karany/a z przestępstwa umyślne lub przestępstwa skarbowe oraz że korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam zdolność do czynności prawnych.
3. 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) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dla potrzeb wyboru członków Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych działającej przy Staroście Bieruńsko-Lędzińskim, a w przypadku wyboru mnie na członka tej Rady dane będą przetwarzane w celu zapewnienia jej funkcjonowania.
4. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach zawartych w klauzuli informacyjnej.
5. Oświadczam, iż dane zawarte w pkt. 2 *Dane wskazanego kandydata (CZĘŚĆ A – Karta zgłoszenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych przy Staroście Bieruńsko-Lędzińskim)* są zgodne ze stanem faktycznym.

Miejscowość i data: .....

.....  
(czytelny podpis kandydata)