**Formularz zgłoszenia**

**przedstawiciela organizacji pozarządowej**

**na członka Zespołu Interdyscyplinarnego w Rydzynie**

Deklaruję udział w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego w Rydzynie:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Nazwa organizacji pozarządowej, reprezentowanej przez kandydata (nr KRS)** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **E-mail kontaktowy** |  |
| **Zakres działalności statutowej** |  |
| **Opis doświadczenia kandydata w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej** |  |

**Potwierdzam prawdziwość podanych powyżej 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 w Rydzynie.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis kandydata na członka Zespołu Interdyscyplinarnego w Rydzynie:** |  |
| **Data i miejscowość** |  |
| **Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji/podmiotu, z ramienia, których występuje kandydat** |  |