



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

---

Wrocław, dnia 7 listopada 2024 r.

Poz. 5513

### OGŁOSZENIE NR 1/2024 STAROSTY TRZEBNICKIEGO

z dnia 30 października 2024 r.

#### **w sprawie zgłoszenia kandydatów celem uzupełnienia składu Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Trzebnicy**

Działając w art. 44c ust. 2 i 3 ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 44) w zw. z § 9 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2003 roku w sprawie organizacji oraz trybu działania wojewódzkich i powiatowych społecznych rad do spraw osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2003 r. nr 62 poz. 560)

Starosta Powiatu Trzebnickiego informuje działające na terenie Powiatu Trzebnickiego organizacje pozarządowe, organy fundacji oraz jednostki samorządu terytorialnego o możliwości pisemnego zgłaszania do Starosty Powiatu Trzebnickiego po jednym kandydacie celu w uzupełnienia składu Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych o jedną osobę, w związku z odwołaniem jej członka. Zarządzeniem nr 72/2024 Starosty Trzebnickiego z dnia 2 października 2024 roku w sprawie odwołania członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych, które nastąpiło na wniosek członka rady.

Zgłoszenie kandydatów w formie pisemnej należy składać w sekretariacie Starostwa Powiatowego w Trzebnicy na formularzu stanowiącym załącznik do ogłoszenia w terminie 30 dni od dnia ukazania się niniejszego ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego a zgłoszenia należy złożyć na formularzu (w załączniku) w sekretariacie Starostwa Powiatowego w Trzebnicy przy ul. Ks. Dz. W. Bochenka 6. Zgłoszenie powinno być podpisane przez statutowo upoważnionych do składania oświadczeń woli przedstawicieli podmiotu zgłaszającego.

Starosta Trzebnicki:  
**Małgorzata Matusiak**

Załącznik do ogłoszenia nr 1/2024  
Starosty Powiatu Trzebnickiego  
z dnia 30 października 2024r.

**zgłoszenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w  
Powiecie Trzebnickim**

1. Organizacja/ jednostka zgłaszająca kandydata (nazwa, adres, telefon, e-mail):

.....  
.....

2. Kandydat (imię i nazwisko)

.....

3. Uzasadnienie kandydatury:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Podpisy osób reprezentujących organizację/ jednostkę zgłaszającą kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych (*podpisy osób statutowo uprawnionych do reprezentowania podmiotu*).

.....

.....

*(pieczęć organizacji/jednostki*

.....

*(podpis osób uprawnionych)*

Miejscowość, dnia .....

1. Wyrażam zgodę na powołanie mnie w skład Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Trzebnickim
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

Miejscowość, dnia .....

.....

*(czytelny podpis kandydata)*