



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

---

Opole, dnia 22 maja 2015 r.

Poz. 1268

### OGŁOSZENIE STAROSTY OLESKIEGO

z dnia 20 maja 2015 r.

#### **o możliwości zgłaszania kandydatów na członków Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych działającej przy Staroście Oleskim**

Na podstawie art. 44b i art. 44c ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j.t. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) oraz § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2003 r. w sprawie organizacji oraz trybu działania wojewódzkich i powiatowych społecznych rad do spraw osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 62, poz. 560) ogłaszam możliwość zgłaszania kandydatów na członków Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych działającej przy Staroście Oleskim.

1. Kandydatem może być przedstawiciel działających na terenie Powiatu Oleskiego organizacji pozarządowych, fundacji oraz przedstawiciel jednostek samorządu terytorialnego (powiatu i gmin). Organizacje i organy mogą zgłaszać po jednym przedstawicielu.

2. Zgłoszenie kandydata następuje w terminie 30 dni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Opolskiego. Wzór zgłoszenia stanowi załącznik do niniejszego ogłoszenia.

3. Zgłoszenia kandydata należy składać bezpośrednio w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie przy ul. Konopnickiej 8 osobiście lub za pośrednictwem poczty, przy czym ostateczny termin zgłoszenia upływa o godz. 15<sup>00</sup>, trzydziestego dnia od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Opolskiego.

4. Członków Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w liczbie 5 osób powołuje Starosta Oleski, w terminie 30 dni od daty upływu terminu określonego w ust. 2.

Starosta Oleski

*Stanisław Belka*

Załącznik  
do ogłoszenia  
Starosty Oleskiego  
z dnia 20 maja 2015 r.

**ZGŁOSZENIE KANDYDATA  
DO POWIATOWEJ SPOŁECZNEJ RADY  
DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

1. Nazwa podmiotu dokonującego zgłoszenia.

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

2. Siedziba podmiotu zgłaszającego kandydata.

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

3. Przedmiot działalności podmiotu dokonującego zgłoszenia.

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

4. Imię, nazwisko, adres do korespondencji kandydata.

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

5. Uzasadnienie wniosku.

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

.....  
.....  
(miejsowość, data) (podpis/y osob/y uprawnionej/ych)