



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

Kielce, dnia 17 kwietnia 2019 r.

Poz. 1880

OGŁOSZENIE NR 1/ROPS/2019 MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

z dnia 12 kwietnia 2019 r.

w sprawie uzupełnienia składu Wojewódzkiej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

Na podstawie art. 44a i art. 44c ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.), oraz §9, §10 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2003r. w sprawie organizacji oraz trybu działania wojewódzkich i powiatowych społecznych rad do spraw osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 62, poz 560) Marszałek Województwa ogłasza, co następuje:

§ 1. W celu uzupełnienia składu Wojewódzkiej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych działającej przy Marszałku Województwa Świętokrzyskiego organizacje pozarządowe, fundacje oraz przedstawiciele wojewody i jednostek samorządu terytorialnego (powiaty i gminy) działające na terenie województwa świętokrzyskiego, mogą zgłaszać po jednym przedstawicielu na członka Rady.

§ 2. Kandydatów na członków Wojewódzkiej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych należy zgłaszać na formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia w terminie do 14 dni od dnia opublikowania niniejszego ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego.

§ 3. Zgłoszenie kandydata należy złożyć osobiście lub za pośrednictwem poczty w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego, Al. IX Wieków Kielc 3, 25 - 516 Kielce w zamkniętej kopercie z napisem "Kandydat do Wojewódzkiej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych". Decyduje data wpływu do urzędu.

Marszałek Województwa
Świętokrzyskiego

Andrzej Bętkowski

Załącznik do Ogłoszenia Nr1/ROPS/2019
Marszałka Województwa Świętokrzyskiego
z dnia 12 kwietnia 2019r.

Formularz zgłoszeniowy kandydata do Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych

1. Dane dotyczące organizacji pozarządowej, fundacji lub jednostki samorządu terytorialnego rekomendującej kandydata.

Nazwa	
Adres	
Numer KRS lub innego rejestru lub ewidencji	
E-mail, telefon, fax	
Czy organizacja pozarządowa/podmiot prowadzi działania na rzecz osób niepełnosprawnych? *	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Zakres działalności statutowej	

2. Dane dotyczące kandydata zgłoszonego przez organizację pozarządową, fundację lub przedstawiciela jednostki samorządu terytorialnego.

Imię i nazwisko	
Funkcja, jaką kandydat sprawuje w podmiocie, który go zgłasza	
Uczestnictwo w innych społecznych radach dot. ON*	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Charakterystyka działalności kandydata	

Rodzaj podejmowanych przedsięwzięć, podejmowane inicjatywy (lokalne, regionalne), osiągnięcia.	
Krótki opis proponowanych działań jakie kandydat wniesie do realizacji w najbliższej kadencji Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych.	

*zaznaczyć właściwe

.....
Pieczęć podmiotu zgłaszającego

.....
Podpis osób uprawnionych

.....
Miejscowość, data

Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na kandydowanie:

Ja niżej podpisany(-a)

.....
Oświadczam, że wyrażam zgodę na kandydowanie na członka Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych. Jednocześnie oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z ogłoszeniem w sprawie uzupełnienia składu Wojewódzkiej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str.1),

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 2016.119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Marszałek Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516, Kielce. tel: 41/342-15-30 fax: 41/344-52-65. e-mail: urzed.marszalkowski@sejmik.kielce.pl,
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: al. IX Wieków Kielc 3, 25-516, Kielce, tel: 41/342-14-87, fax: 41/342-10-28, e-mail: iod@sejmik.kielce.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. w celu przeprowadzenia postępowania wyboru członków Rady.
- 4) Pani/Pana nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celów w jakich zostały pozyskane, w sposób określony w Instrukcji kancelaryjnej, o której mowa w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. 2011 nr 14 poz. 67).
- 7) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
- 8) Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 9) Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 10) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową wydania decyzji na ustanowienie/zniesienie obrębu hodowlanego.
- 11) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata