



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 17 lipca 2019 r.

Poz. 3952

OGŁOSZENIE NR 1/2019 STAROSTY KOSZALIŃSKIEGO

z dnia 15 lipca 2019 r.

w sprawie zgłaszania kandydatów na członków Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Koszalinie

Na podstawie art. 44b ust. 1 i art. 44c ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172) oraz § 9 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki 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. z 2003 r. Nr 62, poz. 560), Starosta Koszaliński informuje o możliwości zgłaszania kandydatów do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Koszalinie. Powiatowa Społeczna Rada do Spraw Osób Niepełnosprawnych jest organem opiniodawczo – doradczym. Do zakresu działania rady należy m.in.:

- 1) inspirowanie przedsięwzięć zmierzających do integracji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych oraz realizacji praw osób niepełnosprawnych,
- 2) opiniowanie projektów powiatowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych,
- 3) ocena realizacji programów,
- 4) opiniowanie projektów uchwał i programów przyjmowanych przez radę powiatu pod kątem ich skutków dla osób niepełnosprawnych. Działające na terenie powiatu koszalińskiego organizacje pozarządowe, fundacje oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą zgłaszać po jednym kandydacie na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych. Zgłoszenia kandydatów należy składać w formie pisemnej, zgodnie z załącznikiem do niniejszego ogłoszenia na adres:

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Raclawicka 13**

75-620 Koszalin w zamkniętych kopertach z dopiskiem „Zgłoszenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych” w terminie 30 dni (decyduje data wpływu) od daty opublikowania niniejszego ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Zachodniopomorskiego.

Do zgłoszenia należy dołączyć oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na zgłoszenie kandydatury i powołanie w skład rady oraz przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.). Powołanie przez Starostę Koszalińskiego członków Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Koszalinie nastąpi w terminie 30 dni od dnia wskazanego w ogłoszeniu. Załącznik: Karta zgłoszenia wraz z oświadczeniem kandydata.

Starosta Koszaliński

Marian Hermanowicz

Załącznik do ogłoszenia Nr 1/2019
Starosty Koszalińskiego
z dnia 15 lipca 2019 r.

.....
Pieczęć podmiotu zgłaszającego

.....
Miejscowość, data

**Zgłoszenie kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady
do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Koszalinie**

1. Organizacja pozarządowa, fundacja lub jednostka samorządu terytorialnego zgłaszająca kandydata (pełna nazwa, adres, telefon)

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

2. Kandydat:

Imię i nazwisko:.....

numer telefonu:.....

email:.....

3. Uzasadnienie kandydatury:

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

.....
podpis osoby upoważnionej do
składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu zgłaszającego

Oświadczenia kandydata

- 1) wyrażam zgodę na powołanie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Koszalinie,
- 2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych *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 z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych - (Dz. U. z 2018 r, poz. 1000 ze zm.) dla celów niezbędnych z procesem zgłoszenia i wyboru kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Koszalinie.*

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis kandydata