



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Poznań, dnia 1 kwietnia 2015 r.

Poz. 2059

OGŁOSZENIE NR 1/2015 PREZYDENTA MIASTA KONINA

z dnia 26 marca 2015 r.

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

Na podstawie § 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. z 2003 r. Nr 62 poz.560) **informuję o możliwości zgłaszania kandydatów na członków Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Koninie.**

Zgodnie z art. 44c ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 Nr 721 poz. 721 ze zm.) wnioski z jedną kandydaturą do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych mogą zgłaszać organizacje pozarządowe, fundacje oraz jednostki samorządu terytorialnego działające na terenie miasta Konina. Zgłoszenia należy dokonać na formularzu zgłoszeniowym według załączonego wzoru wraz z listem motywacyjnym oraz przesłać na adres: Urząd Miejski w Koninie, Centrum Organizacji Pozarządowych, ul. Plac Wolności 1 62-500 Konin lub złożyć w Biurze Obsługi Interesanta Urzędu Miejskiego z dopiskiem: „Zgłoszenie kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych” w nieprzekraczalnym terminie do dnia 30 czerwca 2015 r.

Prezydent Miasta Konina
(-) Józef Nowicki

Załącznik nr 1

Oświadczenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych:

- 1) wyrażam zgodę na powołanie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w mieście Koninie,
- 2) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych - (Dz. U. z 2014, poz. 1182 ze zm.).

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis kandydata

Załącznik nr 2

Konin, dnia

.....

Imię i nazwisko

.....

Nazwa organizacji

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer telefonu

Prezydent Miasta Konina

ul. Plac Wolności 1

62-500 Konin

List motywacyjny

WZÓR

.....
Pieczęć podmiotu zgłaszającego.....
Miejscowość, data

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

Zgłoszenie kandydata:

1. Nazwa organizacji pozarządowej, fundacji lub dokonującej zgłoszenia:

.....
• siedziba:.....
• KRS:.....
2. Dane kandydata:

• Imię (imiona) i nazwisko:

.....
• miejsce zamieszkania:.....
• numer telefonu:.....
• adres e-mail:**Załączniki:**

1. Oświadczenie kandydata na członka
Powiatowej Społecznej Rady do Spraw
Osób Niepełnosprawnych
2. List motywacyjny

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