



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



**FORMULARZ ZGŁOŻENIOWY
NA CZŁONKA KOMISJI KONKURSOWEJ
Programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej**

DANE ORGANIZACJI KTÓRA ZGŁASZA KANDYDATA	
Nazwa podmiotu	
NIP	
REGON	
Adres	
Adres e-mail	
Osoba/y uprawniona/e do reprezentacji podmiotu (imię i nazwisko, stanowisko)	
Osoba do kontaktów roboczych (imię i nazwisko, stanowisko, nr telefonu, adres email)	

KANDYDAT	
1. Imię i nazwisko Telefon kontaktowy Adres e-mail	

.....
Pieczęć firmowa

.....
Data i podpis osób upoważnionych



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



**ZGODA KANDYDATA
NA CZŁONKA KOMISJI KONKURSOWEJ
Programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej**

KANDYDAT	
1. Imię i nazwisko Telefon kontaktowy Adres e-mail	

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na zgłoszenie mnie do udziału w pracy komisji konkursowej i przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z funkcjonowaniem komisji konkursowej

.....
Miejscowość

.....
Data i podpis