Załącznik do ogłoszenia Nr 3

Prezydenta Miasta Bydgoszczy

z dnia 24 maja 2024 roku

**KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA CZŁONKA**

**POWIATOWEJ SPOŁECZNEJ RADY DS. OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

1. **Organizacja/jednostka zgłaszająca kandydata (nazwa, adres, telefon, e-mail):**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Kandydat (imię i nazwisko, adres korespondencyjny, numer telefonu, e-mail):**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. **Uzasadnienie kandydatury, w tym określenie kwalifikacji kandydata przydatnych
do wykonywania zadań Członka Rady:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Opis działalności na rzecz osób z niepełnosprawnościami kandydata na członka Rady (rodzaj podejmowanych przedsięwzięć, podejmowane inicjatywy (lokalne, regionalne), osiągnięcia):**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Podpis(y) osoby/osób reprezentujących organizację/jednostkę zgłaszającą kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych (wymagane są podpisy osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu)**

 ……………………………………………………

 podpis(y) osoby/osób uprawnionych

 do reprezentowania podmiotu

………………………………………………..… …………………………………………………………….

 pieczęć organizacji/jednostki miejscowość, data

Niniejszym:

Wyrażam zgodę na kandydowanie do Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych

 ……..……………………………………………………

 podpis zgłoszonego kandydata