Załącznik nr 2

do zarządzenia Nr 33/2024

Burmistrza Miasta i Gminy Końskie

z dnia 30 stycznia 2024 r.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Dane dotyczące kandydata na członka komisji konkursowej:** | | |
| 1. | Imię i nazwisko: |  |
| 2. | Telefon kontaktowy: |  |
| 3. | Adres e-mail: |  |
| 4. | Uzasadnienie *(w szczególności opis posiadanego przez kandydata doświadczenia w zakresie sporządzania ofert na realizację zadań publicznych raz realizacji zadań finansowanych ze środków publicznych):* |  |
| 1. **Dane dotyczące organizacji pozarządowej lub podmiotu wymienionego w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie zgłaszającego kandydata:** | | |
| 1. | Nazwa organizacji/podmiotu: |  |
| 2. | Siedziba organizacji/podmiotu: |  |
| 3. | Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego status prawny organizacji/podmiotu umocowanie osób go reprezentujących: |  |
| 4. | Imię i nazwisko osób upoważnionych  do reprezentowania organizacji/podmiotu: |  |
| 5. | Zakres działalności statutowej organizacji/podmiotu: |  |

1. **Oświadczenie kandydata na członka komisji konkursowej:**

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na kandydowanie na członka komisji konkursowej do opiniowania ofert w otwartym konkursie ofert na realizację w 2024 roku zadań publicznych   
   w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym (dot. profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych),
2. jestem obywatelem (-ką) RP i korzystam z pełni praw publicznych,
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu naboru oraz udziału w pracach komisji konkursowej do opiniowania ofert w otwartym konkursie ofert  
   na realizację w 2024 roku zadań publicznych w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym (dot. profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych).

*Zostałem(am) poinformowany(a), że:*

* *Administratorem moich danych osobowych jest Gmina Końskie, ul. Partyzantów 1,   
  26-200 Końskie. W przypadku pytań dotyczących procesu przetwarzania moich danych osobowych mogę się skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych drogą elektroniczną pod adresem e-mail:* [*iod@umkonskie.pl*](mailto:iod@umkonskie.pl)*.*
* *Podstawą przetwarzania moich danych osobowych jest Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*
* *Odbiorcami moich danych osobowych mogą być instytucje uprawnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty upoważnione na podstawie umowy podpisanej pomiędzy Administratorem a tym podmiotem.*
* *Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu  
  dla jakiego zostały zebrane. Kryteria ustalenia tego okresu wynikają głównie  
  z przepisów prawa dotyczących archiwizacji, przepisów merytorycznych lub Kodeksu postępowania administracyjnego.*
* *Przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu, prawo do przenoszenia danych. Dodatkowo w przypadku, gdy podstawą przetwarzania moich danych osobowych jest moja dobrowolna zgoda, przysługuje mi prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.*
* *W przypadku powzięcia informacji o niewłaściwym przetwarzaniu moich danych osobowych przez Administratora, przysługuje mi prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*

………………..……………… …………………..……………….

(miejscowość, data) (czytelny podpis kandydata)

1. **Rekomendacja organizacji pozarządowej lub podmiotu wymienionego w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie:**

Zgłaszamy ww. kandydata do udziału w pracach komisji konkursowej do opiniowania ofert złożonych w ramach otwartego konkursu ofert na realizację w 2023 roku zadań publicznych  
w zakresie **przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym (dot. profilaktyki  
i rozwiązywania problemów alkoholowych).**

Oświadczamy, że wszystkie informacje podane w niniejszym formularzu są zgodne   
z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

……………………………… ……………...………………………..…………………….  
(miejscowość, data) (pieczęć organizacji/podmiotu oraz podpisy osób upoważnionych  
 do reprezentowania organizacji/podmiotu)