

**Formularz zgłoszenia przedstawiciela organizacji pozarządowej
na członka Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania
Przemocy Domowej w Gminie Staroźreby**

Deklaruję udział w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego

Imię i nazwisko	
Nazwa organizacji pozarządowej reprezentowanej przez kandydata	
Nr KRS	
Telefon kontaktowy	
E-mail kontaktowy	
Zakres działalności kontaktowej	

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych własnoręcznym podpisem:

.....

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru członków Zespołu Interdyscyplinarnego.

Podpis kandydata na członka ZI	
Data i miejscowość	
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji pozarządowej	

Wypełnia Przewodniczący ZI:

Data wpływu formularza: _____

Podpis: _____