

OGŁOSZENIE NR KSZ.I.1.2019
PREZYDENTA MIASTA ŚWIĘTOCHŁOWICE

z dnia 13 maja 2019 r.


**w sprawie powołania Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Gminie
Świętochłowice**

Na podstawie art. 44 c ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn zm.) oraz § 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)

ogłaszam

- 1) Możliwość zgłaszania kandydatów do Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Świętochłowicach. Po jednym kandydacie mogą zgłaszać, działające na terenie Świętochłowic, organizacje pozarządowe i fundacje.
- 2) W skład Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych wejdzie 5 osób spośród przedstawicieli organizacji pozarządowych, fundacji oraz samorządu terytorialnego, a jej kadencja trwać będzie 4 lata.
- 3) Do zakresu działania Rady należeć będzie: inspirowanie przedsięwzięć zmierzających do integracji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, realizacja praw osób niepełnosprawnych, opiniowanie projektów powiatowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych, ocena realizacji programów, opiniowanie projektów uchwał i programów przyjmowanych przez Radę Miejską pod kątem ich skutków dla osób niepełnosprawnych.
- 4) Zgłoszenia kandydatów należy złożyć w formie papierowej, na formularzu zgłoszeniowym stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia, w Urzędzie Miejskim w Świętochłowicach, ul. Katowicka 54 w terminie 14-tu dni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego.

Prezydent Miasta
Świętochłowice


Daniel Begger

Załącznik do ogłoszenia
Nr KSZ.1.1.2019
Prezydenta Miasta Świętochłowice
z dnia 13 maja 2019 r.

**Formularz zgłoszeniowy kandydata na członka
Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych
Miasta Świętochłowice**

I. Dane kandydata (wypełnia kandydat):

Imię i nazwisko			
Adres do korespondencji			
Nr telefonu		Adres e-mail	

Oświadczenia kandydata:

- 1) Oświadczam, że wyrażam zgodę na kandydowanie na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych.
- 2) Potwierdzam zgodność danych osobowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu na potrzeby wyborów do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Świętochłowicach, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

II. Dane podmiotu zgłaszającego kandydata (wypełnia podmiot zgłaszający kandydata):

Nazwa podmiotu			
Forma prawna			
Nr KRS			
Adres podmiotu			
Nr telefonu		Adres e-mail	

III. Informacja o dotychczasowej działalności kandydata na rzecz osób niepełnosprawnych:

--

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć podmiotu)

.....
(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)