**Formularz zgłoszenia przedstawiciela organizacji pozarządowej**

**na członka Zespołu Interdyscyplinarnego**

Deklaruję udział w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Nazwa organizacji pozarządowej,  reprezentowanej przez kandydata (nr KRS) |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| E-mail kontaktowy |  |
| Zakres działalności statutowej oraz opis doświadczenia w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej |  |

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych własnoręcznym podpisem:

**…………………………..…………………………….**

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. 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 Zespołu Interdyscyplinarnego: |  |
| Data i miejscowość |  |
| Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji/podmiotu, z ramienia, których występuje kandydat |  |