Załącznik nr 2
do „Rocznego programu współpracy

Województwa Mazowieckiego

z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami

wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności

pożytku publicznego i o wolontariacie na 2018 rok”.

# Zgłoszenie osoby do prac komisji konkursowej opiniującej oferty w otwartym konkursie ofert na realizację zadań publicznych Województwa Mazowieckiego

**Obszar konkursowy:** "Działalność na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym"

**Zadanie konkursowe:** "Wsparcie samodzielności społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin", "Rozwój zróżnicowanych form działań oraz usług społecznych wspierających rodziny z dziećmi w zakresie depresji, zaburzeń odżywiania oraz kompulsywnych zachowań związanych z używaniem nowych technologii", "Rozwój zróżnicowanych form działań oraz usług społecznych wspierających samodzielność osób dotkniętych Chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz ich rodzin"

**Wypełnia organizacja zgłaszająca osobę do komisji konkursowej:**

Dane osobowe osoby zgłaszanej do komisji konkursowej

| Imię/imiona i nazwisko zgłaszanej osoby | Do uzupełnienia |
| --- | --- |
| Nazwa organizacji pozarządowej zgłaszającej osobę do komisji konkursowej | Do uzupełnienia |
| Nazwa rejestru, numer KRS lub innego właściwego rejestru organizacji pozarządowej zgłaszającej osobę do komisji konkursowej | Do uzupełnienia |
| Adres korespondencyjny organizacji zgłaszającej osobę do komisji konkursowej | Do uzupełnienia |
| Nr telefonu kontaktowego zgłaszanej osoby | Do uzupełnienia |
| Adres e-mail zgłaszanej osoby | Do uzupełnienia |
| Posiadane przez zgłaszaną osobę doświadczenie, wiedza i umiejętności uzasadniające prace w komisji konkursowej | Do uzupełnienia |

Podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentacji organizacji pozarządowej zgłaszającej osobę do udziału
w pracach komisji konkursowej:

| Imię i nazwisko | Funkcja | Podpis |
| --- | --- | --- |
| Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |
| Do uzupełnienia  | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |
| Do uzupełnienia  | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |

**Wypełnia osoba zgłaszana do udziału w pracach komisji konkursowej:**

Ja niżej podpisany(a)..................................................................................................................................................

oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w pracach komisji konkursowej opiniującej oferty w otwartym konkursie ofert na realizację zadań publicznych Województwa Mazowieckiego:

w obszarze konkursowym: "Działalność na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym"

zadanie konkursowe: "Wsparcie samodzielności społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin", "Rozwój zróżnicowanych form działań oraz usług społecznych wspierających rodziny z dziećmi w zakresie depresji, zaburzeń odżywiania oraz kompulsywnych zachowań związanych z używaniem nowych technologii", "Rozwój zróżnicowanych form działań oraz usług społecznych wspierających samodzielność osób dotkniętych Chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz ich rodzin"

TAK/NIE\*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku
o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922), w związku z udziałem w pracach komisji konkursowej.

Administratorem zbioru danych osobowych: „Osoby zgłaszane przez organizacje pozarządowe do udziału
w pracach komisji konkursowych opiniujących oferty w otwartych konkursach ofert na realizację zadań publicznych Województwa Mazowieckiego” jest Marszałek Województwa Mazowieckiego, Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści tych danych i ich poprawiania.

Dane w zakresie: imię/imiona i nazwisko osób wpisanych na listę zostaną upublicznione na stronie internetowej www.dialog.mazovia.pl.

TAK/NIE\*

........................................... ............................................

 (miejscowość, data) (podpis kandydata)

\* niepotrzebne skreślić