**Załącznik Nr 1 do ogłoszenia**

**Starosty Powiatu Nyskiego z dnia**

**09.05.2023 r**.

**KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA CZŁONKA POWIATOWEJ SPOŁECZNEJ RADY DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W POWIECIE NYSKIM**

1. Dane organizacji/ jednostki zgłaszającej kandydata

1) Nazwa organizacji/jednostki: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2) Adres, telefon, e-mail): ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. Dane kandydata

1) Imię i nazwisko: .......................................................................................................................................................

2) Adres, telefon, e-mail: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. Uzasadnienie kandydatury:

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

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

(pieczęć organizacji/jednostki) (pieczęć i podpis osób uprawnionych)\*

Nysa, dnia ....................................................

\* Podpisy osób reprezentujących organizację/jednostkę zgłaszającą kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych (podpisy osób statutowo uprawnionych do reprezentowania podmiotu).