



## OGŁOSZENIE

34-100 Wadowice, Plac Jana Pawła II 23  
tel. 33/ 873-18-11 fax 33/ 873-18-15  
e-mail: [umwadowice@wadowice.pl](mailto:umwadowice@wadowice.pl)  
[www.wadowice.pl](http://www.wadowice.pl)

Burmistrz Wadowic ogłasza nabór członków do komisji konkursowych opiniujących oferty złożone w ramach konkursów ofert na realizację zadań publicznych w 2017 roku.

Członkami komisji konkursowych mogą zostać osoby wskazane przez organizacje pozarządowe lub podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (*tj. Dz. U. 2016r. poz. 1817*), z wyłączeniem osób wskazanych przez organizacje pozarządowe lub podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 w/w ustawy biorące udział w konkursie.

Zgłoszenia, należy składać na formularzu zgłoszeniowym **do dnia 30 grudnia 2016 roku do godz. 16.00** w Biurze Obsługi Mieszkańca (parter, pok. 7) Urzędu Miejskiego w Wadowicach (decyduje data wpływu na dziennik podawczy).

Burmistrz Wadowic

dr Mateusz Klinowski



# Formularz zgłoszeniowy kandydata na członka komisji konkursowych

## A. Wypełnia kandydat

### 1. Imię i nazwisko kandydata

--

### 2. Adres i dane kontaktowe kandydata

Adres do korespondencji	
Adres mailowy	
Nr telefonu	
Nr telefonu komórkowego	

### 3. Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na kandydowanie:

Ja niżej podpisany(a).....  
oświadczam, iż zgadzam się na kandydowanie na członka komisji konkursowych.

.....  
(data, miejscowość)

.....  
(podpis)

### 4. Oświadczenie kandydata o niekaralności za przestępstwa umyślne:

Ja niżej podpisany(a).....  
świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo popełnione umyślnie lub przestępstwo skarbowe oraz że korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....  
(data, miejscowość)

.....  
(podpis)

**5. Posiadane przez kandydata kwalifikacje i umiejętności szczególnie przydatne podczas pracy w komisji konkursowej.**

**6. Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych.**

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym kandydata na członka komisji konkursowych, przez Urząd Miejski z siedzibą w Wadowicach przy Pl. Jana Pawła II 23, 34-100 Wadowice, w celach rekrutacyjnych oraz związanych z udziałem w pracach komisji konkursowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2016r. poz. 922).

Członkowie komisji konkursowych będą wskazani w zarządzeniu Burmistrza Wadowic dot. powołania komisji konkursowych.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji w/w celu.

*\* Niepotrzebne skreślić*

.....

(data, miejscowość)

.....

(podpis)

**7. Oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.**

.....

(data, miejscowość)

.....

(podpis)

**B. Wypełnia podmiot uprawniony, który kandydata wskazuje****1. Dane podmiotu zgłaszającego kandydata:**

Nazwa podmiotu	
Forma prawna	
Nazwa rejestru, numer i miejsce zarejestrowania	
Adres podmiotu	
Nr telefonu	
Adres mailowy	

**2. Osoby uprawnione do reprezentacji podmiotu zgłaszającego kandydata:**

Imię i nazwisko	Funkcja	Czytelny podpis

**3. Obszary w których organizacja zamierza złożyć ofertę konkursową \***

Nr obszaru	Nazwa i zakres obszaru	Oferta konkursowa*
1	KULTURA FIZYCZNA	
2	KULTURA	
3	DZIAŁALNOŚĆ NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	
4	DZIAŁALNOŚĆ NA RZECZ ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH ORAZ PODMIOTÓW WYMIENIONYCH W ART. 3 UST. 3 USTAWY	
5	POMOC SPOŁECZNA	
6	WSPIERANIE RODZINY I SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ	
7	EKOLOGIA I OCHRONA ZWIERZĄT	
8	DZIAŁALNOŚĆ WSPOMAGAJĄCA ROZWÓJ WSPÓLNOT I SPOŁECZNOŚCI LOKALNYCH	
9	ZADANIA REALIZOWANE W RAMACH GMINNEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII NA ROK 2017	
10	OCHRONA I PROMOCJA ZDROWIA	

\*Proszę zaznaczyć „x”

**DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO DOŁĄCZA SIĘ NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:**

- 1) Dokument potwierdzający uprawnienia do reprezentacji;
- 2) Pełnomocnictwo do zgłoszenia /w przypadku podpisu osób nieuprawnionych/