Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

**Formularz zgłoszeniowy**

**kandydata do prac w Komisji Konkursowej powoływanej przez Wójta Gminy Kłomnice w celu opiniowania złożonych ofert w ramach otwartego konkursu ofert**

**na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach Resortowego programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej pod nazwą:**

**„****Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024.**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O KANDYDACIE** |
| **1. Imię i nazwisko kandydata na członka komisji konkursowej:**  |
|   |
| **2. Data urodzenia (dd/mm/rrrr):**  |
|   |
| **3. Adres kontaktowy kandydata**:  |
| ul.  | Telefon/fax:  |
| Kod pocztowy:  | Miejscowość:  | Adres e-mail:  |

**Oświadczenia kandydata:**

1. Jestem obywatelem RP i korzystam z pełni praw publicznych.
2. Nie pozostaję wobec oferentów biorących udział w konkursie w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić uzasadnione wątpliwości, co do mojej bezstronności.
3. W ostatnich trzech latach od daty wszczęcia procedury konkursowej nie pozostawałem/am w stosunku pracy lub zlecenie z wnioskodawcą oraz nie byłem członkiem władz jakiegokolwiek z wnioskodawców biorących udział w konkursie.
4. Posiadam doświadczenie w przedmiocie zadań publicznych w obszarze zdrowia publicznego oraz w zakresie działalności podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.
5. Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych i zgodnie z ustawą z dn. 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru członków Komisji Konkursowej powoływanej przez Wójta Gminy Kłomnice w celu opiniowania złożonych ofert w ramach otwartych konkursów ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w 2024 roku.
6. Zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia o naborze na członków Komisji Konkursowej powoływanej przez Wójta Gminy Kłomnice w celu opiniowania złożonych ofert w ramach otwartych konkursów ofert na realizację zadań zakresu zdrowia publicznego w 2024 roku i przyjmuję ją bez zastrzeżeń, jak również, że uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do złożenia niniejszego zgłoszenia.
7. Zapoznałem się z zasadami udziału przedstawicieli podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym w Komisjach Konkursowych Wójta Gminy Kłomnice.
8. Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 poz. 1781z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru członków komisji konkursowej powołanej w celu opiniowania ofert ogłaszanym przez Wójta Gminy Kłomnice.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................*Miejscowość, data:* |   | ................................................*Podpis* |