**Karta zgłoszenia**

**przedstawiciela organizacji pozarządowej na członka Zespołu Interdyscyplinarnego**

**Deklaruję udział w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego**

|  |
| --- |
|  **DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA CZŁONKA** **ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO** |
| Imię i nazwisko kandydata na członka Zespołu Interdyscyplinarnego (ZI) |  |
| Nazwa organizacji pozarządowej, reprezentowanego przez kandydata |  |
| Adres do korespondencji:  |  |
| Telefon kontaktowy:  |  |
| E-mail kontaktowy:  |  |
| Opis doświadczenia kandydata w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie(kandydat powinien posiadać:- wykształcenie zgodne z zakresem działania ZI - wiedzę praktyczną):  |  |
| **Opis zaangażowania kandydata na członka Zespołu Interdyscyplinarnego** **w działalność innych organizacji/podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie**  |
| 1. Nazwa organizacji/podmiotu (nr KRS):  Funkcja: |  |
| Zakres działalności statutowej: |  |
| 2. Nazwa organizacji/podmiotu (nr KRS):  Funkcja: |  |
| Zakres działalności statutowej: |  |

*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 |  |

***Wypełniony i podpisany formularz należy przesłać w terminie do 18 sierpnia 2023r. na adres: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Chełmnie, ul.gen.J.Hallera 11, lub zeskanowany formularz na adres mailowy: sekretariat@mopschelmno.pl***