



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

---

Katowice, dnia 25 maja 2023 r.

Poz. 4460

### OGŁOSZENIE NR 1/2023 PREZYDENTA MIASTA ŚWIĘTOCHŁOWICE

z dnia 24 maja 2023 r.

#### **w sprawie zgłoszenia kandydatów do Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Gminie Świętochłowice**

Na podstawie art. 44 c ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 100 z późn. zm.) oraz § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2003 r. w sprawie organizacji oraz trybu działania wojewódzkich i powiatowych społecznych rad do spraw osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2003 r. Nr 62, poz. 560)

#### **ogłaszam:**

1. Możliwość zgłaszania kandydatów na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Świętochłowicach. Po jednym kandydacie mogą zgłaszać działające na terenie Świętochłowic organizacje pozarządowe i fundacje.

2. W skład Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych wejdzie 5 osób spośród przedstawicieli organizacji pozarządowych, fundacji oraz samorządu terytorialnego, a jej kadencja trwać będzie 4 lata.

3. Do zakresu działania Rady należeć będzie: inspirowanie przedsięwzięć zmierzających do integracji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, realizacja praw osób niepełnosprawnych, opiniowanie projektów powiatowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych, ocena realizacji programów, opiniowanie projektów uchwał i programów przyjmowanych przez Radę Miejską pod kątem ich skutków dla osób niepełnosprawnych.

4. Zgłoszenia kandydatów należy złożyć w formie papierowej, na formularzu zgłoszeniowym stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia w Urzędzie Miejskim w Świętochłowicach, ul. Katowicka 54 w terminie 14 dni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego.

Prezydent Miasta

**Daniel Beger**

**Formularz zgłoszeniowy kandydata na członka  
Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych  
Miasta Świętochłowice**

**I. Dane kandydata** *(wypełnia kandydat):*

|                                |  |                     |  |
|--------------------------------|--|---------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko</b>         |  |                     |  |
| <b>Adres do korespondencji</b> |  |                     |  |
| <b>Nr telefonu</b>             |  | <b>Adres e-mail</b> |  |

**Oświadczenia kandydata:**

- 1) Oświadczam, że wyrażam zgodę na kandydowanie na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych.
- 2) Potwierdzam zgodność danych osobowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu na potrzeby wyborów do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Świętochłowicach, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....  
*(miejscowość, data)*

.....  
*(czytelny podpis kandydata)*

**II. Dane podmiotu zgłaszającego kandydata** *(wypełnia podmiot zgłaszający kandydata):*

|                       |  |                     |  |
|-----------------------|--|---------------------|--|
| <b>Nazwa podmiotu</b> |  |                     |  |
| <b>Forma prawna</b>   |  |                     |  |
| <b>Nr KRS</b>         |  |                     |  |
| <b>Adres podmiotu</b> |  |                     |  |
| <b>Nr telefonu</b>    |  | <b>Adres e-mail</b> |  |

**III. Informacja o dotychczasowej działalności kandydata na rzecz osób niepełnosprawnych:**

|  |
|--|
|  |
|--|

.....  
*(miejscowość, data)*

.....  
*(pieczęć podmiotu)*

.....  
*(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)*