



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Katowice, dnia 14 czerwca 2016 r.

Poz. 3332

OGŁOSZENIE NR 1/2016 **MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO**

z dnia 1 czerwca 2016 r.

o naborze na członków **Wojewódzkiej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych**

Na podstawie art. 44a ust.1 oraz art. 44c ust.1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) i § 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) ogłasza się możliwość zgłaszania kandydatów na członków Wojewódzkiej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych. Prawo zgłaszania kandydatów przysługuje działającym na terenie województwa organizacjom pozarządowym, fundacjom, wojewodzie i jednostkom samorządu terytorialnego – powiatom i gminom. Zgłoszenie powinno obejmować jednego kandydata. Termin składania zgłoszeń w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego upływa po 14 dniach od opublikowania niniejszego ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego. Zgłoszenia należy dokonywać w formie pisemnej na formularzu zgłoszeniowym, stanowiącym załącznik do niniejszego ogłoszenia i przesłać na adres: Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, 40-037 Katowice, ul. Ligonía 46 lub złożyć osobiście w Kancelarii Ogólnej Urzędu (pokój nr 164). Wszelkich informacji udzielają pracownicy Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego pod numerem telefonu: (32) 77 40 638.

Marszałek Województwa Śląskiego

Wojciech Saluga

Załącznik do Ogłoszenia Nr 1/2016
Marszałka Województwa Śląskiego
z dnia 1 czerwca 2016 r.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY	
Imię i nazwisko osoby zgłoszonej	
Adres do korespondencji i telefon kontaktowy osoby zgłoszonej	
Nazwa i adres podmiotu zgłaszającego osobę do składu Wojewódzkiej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych	
Opis wraz z udokumentowaniem doświadczenia osoby zgłaszanej, w zakresie znajomości problematyki niepełnosprawności	

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionym przeze mnie dokumencie dla potrzeb niezbędnych do wyboru składu członków Wojewódzkiej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych – zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm.).

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania
podmiotu zgłaszającego

/imię i nazwisko/

Podpis osoby zgłaszanej

/imię i nazwisko/