**ZGŁOSZENIE DELEGATÓW DO OBYWATELSKIEGO PARLAMENTU SENIORÓW**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.Podmiot delegujący /**właściwe zaznaczyć**/** | * Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów * Uniwersytet Trzeciego Wieku * Gminna rada seniorów * Inna organizacja senioralna | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.Pełna nazwa podmiotu delegującego** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.Spełnienie kryteriów definicji organizacji senioralnej** | TAK/NIE  tu cytat ze statutu | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.Zasięg terytorialny działania** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.Liczba zarejestrowanych członków/ podopiecznych** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6.Data podjęcia działalności/ rejestracji** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres korespondencyjny podmiotu delegującego** | **Ulica** | | |  | | | | | **E-mail** | | | | |  | | | | |
| **Miejscowość Kod pocztowy** | | |  | | | | | **Tel. fax** | | | | |  | | | | |
| **Imię i nazwisko delegata** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Funkcja/stanowisko**  **w podmiocie delegującym** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL delegata** |  |  |  | | |  |  |  | | |  |  |  | | |  |  | |
| **Adres korespondencyjny delegata** | **Ulica** | | | |  | | | | | **E-mail** | | | | |  | | | |
| **Miejscowość**  **Kod pocztowy** | | | |  | | | | | **Tel. fax** | | | | |  | | | |
| **Oświadczenie** | * Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu, na potrzeby organizacji Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, zgodnie  z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883) * Oświadczam, iż podane dane dotyczące organizacji delegującej kandydata do OPS są zgodne ze statutem i dokumentami rejestracyjnymi * W przypadku zaistnienia wątpliwości w zakresie spełnienia kryterium określonego w poz. 3 dostarczymy Statut lub inne dokumenty potwierdzające spełnienie organizacji senioralnej | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Deklaruję pracę społeczną w komisji OPS ds….............................................................................** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba zgłaszająca delegata** | Imię i nazwisko | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Funkcja/stanowisko | | | | | | | |  | | | | | | | | | |

**Czytelne podpisy osoby zgłaszającej delegata w imieniu organizacji delegującej oraz delegata:**

Zgłaszający: ……………………………………………… Delegat: ……………………………………………………