**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO ZESPOŁU EKSPERTÓW DS. POLITYKI SENIORALNEJ PRZY WOJEWODZIE MAZOWIECKIM**

**DANE OSOBY /PODMIOTU ZGŁASZAJĄCEGO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| Osoba zgłaszająca |  |
| Tel. kontaktowy |  |

**DANE KANDYDATA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Miejsce zamieszkania |  |
| Wiek |  |
| Tel. kontaktowy |  |

**CHARAKTERYSTYKA KANDYDATA**

(krótki opis dotyczący doświadczenia zawodowego i społecznego kandydata ze szczególnym uwzględnieniem działalności na rzecz seniorów)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejscowość i data Czytelny podpis osoby zgłaszającej

……………………………………. ……………………………………

**ZGODA KANDYDATA**

Wyrażam zgodę na zgłoszenie mnie do Zespołu Ekspertów ds. Polityki Senioralnej.

Data i czytelny podpis kandydata

………………………………………………………

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wojewodę Mazowieckiego moich danych osobowych w zakresie: imię, nazwisko, adres, wiek, numer telefonu. Zgody udzielam na podstawie art. 6 ust. 1 lit a RODO[[1]](#footnote-1).

Data i czytelny podpis kandydata

………………………………………………….

1. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku   
   z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. [↑](#footnote-ref-1)