………………………..……………………………..………

 *imię, nazwisko*

………………………..……………………………..………

*miejscowość, data*

**Oświadczenie osoby zgłaszającej się do udziału w procedurze wyłonienia kandydatów w wyborach do Komitetu do spraw Praw osób niepełnosprawnych**

**w sprawie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, z siedzibą w Warszawie, 00-513, ul. Nowogrodzka 1/3/5, oraz przez członków Krajowej Rady Konsultacyjnej do spraw Osób Niepełnosprawnych moich danych osobowych, zawartych w przekazanym przeze mnie zgłoszeniu i dokumentach, do celów związanych z naborem kandydatów w wyborach do Komitetu do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych.

 ………………………………………………

 *podpis*

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na potrzeby naboru kandydatów
w wyborach do Komitetu do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych.

 ………………………………………………

 *podpis*

Jednocześnie wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na podanie do publicznej wiadomości informacji
o wyborze na członka Komitetu do spraw Praw Osób Niepełnosprawnychpoprzez publikację mojego imienia i nazwiska na stronie internetowej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

 ………………………………………………

 *podpis*