

**ZARZĄDZENIE NR 10 /2024  
STAROSTY KONIŃSKIEGO**

z dnia 30 stycznia 2024 r.

**w sprawie ogłoszenia naboru kandydatów na członków Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych**

Na podstawie art. 44b ust.1 i art. 44c ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2024 poz. 44) oraz § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z 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) **zarządzam**, co następuje:

§ 1. 1. Kandydatów na członków Powiatowej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych mogą zgłaszać organizacje pozarządowe, fundacje oraz jednostki samorządu terytorialnego, działające na terenie powiatu konińskiego.

2. Każdy uprawniony podmiot może zgłosić jednego kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych.

§ 2. Treść ogłoszenia stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 3. Zgłoszenie powinno zawierać:

- a) nazwę podmiotu zgłaszającego;
- b) imię i nazwisko kandydata;
- c) adres do korespondencji oraz nr telefonu kontaktowego kandydata;
- d) krótkie uzasadnienie wyboru;
- e) oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na powołanie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych;
- f) oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 2019 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

§ 4. Zgłoszenia kandydatów można dokonać w formie pisemnej kierując je na adres : Starostwo Powiatowe w Koninie, 62 – 510 Konin, ul. Al. 1 Maja 9, lub za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej. Zgłoszenia przyjmowane będą do dnia 16 lutego 2024 r., decyduje data wpływu do kancelarii urzędu.

**STAROSTA**  
*Stanisław Bielik*

## OGŁOSZENIE

w sprawie naboru kandydatów na członków

Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Koninie

Na podstawie art. 44b ust.1 i art. 44c ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 poz. 44) oraz § 9 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2003 roku, w sprawie organizacji oraz trybu działania wojewódzkich i powiatowych rad społecznych rad do spraw osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2003 r. Nr 62, poz. 560),

### STAROSTA KONIŃSKI

Ogłasza nabór do Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Koninie.

**Kandydaci na członków Rady mogą być zgłaszani przez** działające na terenie powiatu konińskiego: organizacje pozarządowe, fundacje oraz jednostki samorządu terytorialnego (powiat i gminy).

#### Zgłoszenie powinno zawierać:

1. pełną nazwę i adres zgłaszającego;
2. imię, nazwisko, adres korespondencyjny wraz z nr telefonu i adresem email kandydata,
3. informacje o dotychczasowej działalności kandydata na rzecz osób niepełnosprawnych,
4. oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów rekrutacyjnych oraz w przypadku wyboru do Rady, do organizacji posiedzeń, umieszczania imienia i nazwiska w wykazie członków Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych

**Termin i miejsce składania dokumentów:** Zgłoszenia kandydatów można dokonać w formie pisemnej kierując je na adres : Starostwo Powiatowe w Koninie, 62 – 510 Konin, ul. Al. 1 Maja 9, lub za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej. Zgłoszenia przyjmowane będą do dnia 16 lutego 2024 r., decyduje data wpływu do kancelarii urzędu.

Spośród zgłoszonych kandydatów Starosta Koniński powoła Powiatową Radę ds. Osób Niepełnosprawnych w liczbie pięciu osób.

**Karta zgłoszenia kandydata na członka  
Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych Powiatu Konińskiego**

1. Organizacja /Jednostka zgłaszająca kandydata (nazwa, adres, telefon, e-mail):

.....  
.....

2. Kandydat (imię i nazwisko i adres zamieszkania kandydata)

.....  
.....

3. Uzasadnienie kandydatury:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Podpisy osób reprezentujących organizację/jednostkę zgłaszających kandydata na członka  
Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych (wymagane podpisy osób  
statutowo uprawnionych do reprezentowania podmiotu):**

.....  
(pieczęć organizacji/jednostki)

.....  
(podpis osób uprawnionych)

.....  
(miejscowość data)

1. Wyrażam zgodę na powołanie mnie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych Powiatu Konińskiego.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019r., poz. 1781)

.....  
(miejscowość data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)