

**OGŁOSZENIE**  
**STAROSTY PILSKIEGO**  
**z dnia 18 listopada 2024 r.**

**w sprawie naboru kandydatów do Powiatowej Społecznej Rady  
do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pile w celu uzupełnienia składu**

Działając na podstawie art. 44b ust. 1 oraz art. 44c ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 44 ze zm.) oraz § 10 ust. 2 i 3 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), informuję jednostki samorządu terytorialnego z terenu Powiatu Pilskiego o możliwości zgłaszania kandydatów na członka rady do Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pile w celu uzupełnienia składu.

Zgłoszenia należy złożyć w sekretariacie Starosty Pilskiego, 64-920 Piła, al. Niepodległości 33/35, pok. 111 (I piętro) **w terminie 30 dni od dnia opublikowania niniejszego ogłoszenia** w Dzienniku Urzędowym Województwa Wielkopolskiego, w formie pisemnej, zgodnie z załącznikiem do niniejszego ogłoszenia.

Dodatkowe informacje można uzyskać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pile, 64-920 Piła, al. Niepodległości 37, tel. (067) 349 12 08.

Starosta Pilski

/-/ Rafał Zdzierela

**KARTA ZGŁOSZENIA  
KANDYDATA NA CZŁONKA POWIATOWEJ SPOŁECZNEJ RADY  
DO SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
W PILE**

**CZEŚĆ A. WYPEŁNIA PODMIOT ZGŁASZAJĄCY**

**1. Dane Podmiotu zgłaszającego kandydata**

- 1) Pełna nazwa: .....
- 2) Adres i dane kontaktowe: .....

**2. Dane wskazanego kandydata:**

- 1) Imię i nazwisko kandydata: .....
- 2) Adres i dane kontaktowe kandydata:
- a. Adres do korespondencji: .....
  - b. Adres e-mail:.....
  - c. Numer telefonu: .....
- 3) Uzasadnienie kandydatury (posiadane przez kandydata doświadczenie w szczególności w zakresie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, kwalifikacje i umiejętności szczególnie przydatne podczas prac Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych):
- .....
- .....
- .....
- .....

**Podpisy osób uprawnionych do reprezentacji Podmiotu zgłaszającego kandydata**

Pieczęć podmiotu..... Pieczęć i podpis osoby uprawnionej .....

Miejscowość i data .....

## CZEŚĆ B. WYPEŁNIA KANDYDAT

- 1) Wyrażam zgodę na kandydowanie i powołanie mnie w skład Powiatowej Społecznej Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pile oraz udział w pracach Rady.
- 2) Oświadczam, iż dane zawarte w części A formularza zgłoszeniowego są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)

### **Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO, informuje się, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Piłski z siedzibą w Pile, przy al. Niepodległości 33/35, 64-920 Piła oraz Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pile z siedzibą przy al. Niepodległości 37, 64-920 Piła.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych – adres do korespondencji:

Inspektor Ochrony Danych:

- [rodo@pcpr.pila.pl](mailto:rodo@pcpr.pila.pl)

- pod numerem telefonu 67 349 12 08

- pisemnie na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pile, al. Niepodległości 37, 64-920 Piła.

Administrator będzie przetwarzać Pani/Pana dane na podstawie Pani/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, w celu przeprowadzenia naboru do Powiatowej Społecznej Rady Do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pile, a w przypadku powołania Pani/Pana do Powiatowej Społecznej Rady Do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pile w celu zapewnienia możliwości wykonywania funkcji w Radzie (art. 44b i 44c ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 2024 r. poz. 44 ze zm. i § 9 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2003r. w sprawie organizacji oraz trybu działania wojewódzkich i powiatowych społecznych rad do spraw osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 2003 r. Nr 62, poz. 560)

Podanie danych ma charakter dobrowolny, jednak konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udziału Pani/Pana w naborze, a w przypadku powołania brak zapewnienia wykonywania funkcji w Radzie.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny dla przeprowadzenia naboru oraz celów archiwalnych, zgodnie z kategorią archiwalną określoną w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.

Administrator będzie przetwarzać następujące kategorie Pani/Pana danych zawarte w Formularzu zgłoszeniowym, tj.: imię i nazwisko, adres do korespondencji, numer telefonu, adres e-mail. Dane osobowe pochodzą z Formularza zgłoszeniowego na członka Powiatowej Społecznej Rady Do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pile złożonego przez:

..... (należy wskazać podmiot zgłaszający).

Posiada Pani/Pan prawo do korzystania z uprawnień uregulowanych w art. 15- 21 RODO oraz do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Niniejsze prawo może Pani/Pan zrealizować poprzez złożenia oświadczenia o rezygnacji. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom w związku z naborem, powołaniem i funkcjonowaniem Powiatowej Społecznej Rady Do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pile.

Pani/Pana dane zostaną ujawnione członkom Powiatowej Społecznej Rady Do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Pile. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane.

Będąc świadoma/y powyższego wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)