**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/NIEtu cytat ze statutu |
| **4.Zasięg terytorialny działania** |  |
| **5.Liczba zarejestrowanych członków/ podopiecznych** |  |
| **6.Data podjęcia działalności/ rejestracji** |  |
| **Adres korespondencyjny podmiotu delegującego** | **Ulica** |  | **E-mail** |  |
| **MiejscowośćKod 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: ……………………………………………………