Projekt formularza zgłoszeniowego

**na członka i zastępcę członka Komitetu Monitorującego krajowe   
i regionalne programy operacyjne na lata 2014-2020**

1. Zgłoszenie kandydata do Komitetu Monitorującego program operacyjny (nazwa programu operacyjnego)

2. Zgłoszenie dotyczy mandatu z zakresu (zakres tematyczny danego programu operacyjnego)

3. Imię i nazwisko kandydata na członka KM

|  |
| --- |
|  |

4. Adres i dane kontaktowe kandydata na członka KM

|  |  |
| --- | --- |
| Adres do korespondencji |  |
| Adres mailowy |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr telefonu komórkowego\* |  |

\* wypełnienie pola oznaczonego symbolem nie jest wymagane

5. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia/doświadczenie zawodowe kandydata:

|  |
| --- |
|  |

6. Oświadczenie kandydata na członka KM o wyrażeniu zgody na kandydowanie

|  |
| --- |
| *Ja, niżej podpisany(a)....................................................... oświadczam, iż wyrażam zgodę na kandydowanie na członka Komitetu Monitorującego krajowe i regionalne programy operacyjne na lata 2014-2020.*  *Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, w tym umieszczenie mojego imienia, nazwiska i życiorysu oraz nazwy reprezentowanej przeze mnie organizacji na liście kandydatów na członka Komitetu Monitorującego krajowe i regionalne programy operacyjne na lata 2014-2020.*  ……………………………………………  (czytelny podpis) |

7. Oświadczenie kandydata na członka KM o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie

|  |
| --- |
| *Ja, niżej podpisany(a) ....................................................... oświadczam, że nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo popełnione umyślnie.*  ...............................................................  (czytelny podpis) |

8. Oświadczenie kandydata na członka KM o nie ubieganie się o inny mandat w tym samym KM

|  |
| --- |
| *Ja, niżej podpisany(a) ....................................................... oświadczam, że nie ubiegam się o inny mandat w tym samym Komitecie Monitorującym krajowe i regionalne programy operacyjne na lata 2014-2020.*  ...............................................................  (czytelny podpis) |

9. Imię i nazwisko kandydata na zastępcę członka KM

|  |
| --- |
|  |

9. Adres i dane kontaktowe kandydata na zastępcę członka KM

|  |  |
| --- | --- |
| Adres do korespondencji |  |
| Adres mailowy |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr telefonu komórkowego\* |  |

\* wypełnienie pola oznaczonego symbolem nie jest wymagane

10. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia/doświadczenie zawodowe kandydata:

|  |
| --- |
|  |

11. Oświadczenie kandydata na zastępcę członka KM o wyrażeniu zgody na kandydowanie

|  |
| --- |
| *Ja, niżej podpisany(a)....................................................... oświadczam, iż wyrażam zgodę na kandydowanie na zastępcę członka Komitetu Monitorującego krajowe i regionalne programy operacyjne na lata 2014-2020.*  *Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, w tym umieszczenie mojego imienia, nazwiska i życiorysu oraz nazwy reprezentowanej przeze mnie organizacji na liście kandydatów na zastępcę członka Komitetu Monitorującego krajowe i regionalne programy operacyjne na lata 2014-2020.*  ……………………………………………  (czytelny podpis) |

12. Oświadczenie kandydata na zastępcę członka KM o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie

|  |
| --- |
| *Ja, niżej podpisany(a) ....................................................... oświadczam, że nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo popełnione umyślnie.*  ...............................................................  (czytelny podpis) |

13. Oświadczenie kandydata na zastępcę członka KM o nie ubieganie się o inny mandat w tym samym KM

|  |
| --- |
| *Ja, niżej podpisany(a) ....................................................... oświadczam, że nie ubiegam się o inny mandat w tym samym Komitecie Monitorującym krajowe i regionalne programy operacyjne na lata 2014-2020.*  ...............................................................  (czytelny podpis) |

14. Dane organizacji zgłaszającej kandydatów

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa organizacji |  |
| Forma prawna |  |
| Nazwa rejestru i numer |  |
| Siedziba organizacji |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu\* |  |
| Adres mailowy |  |
| Strona internetowa\* |  |
| Zasięg oddziaływania |  |
| Rok założenia |  |
| Liczba członków |  |

\* wypełnienie pola oznaczonego symbolem nie jest wymagane

15. Osoby uprawnione do reprezentacji organizacji pozarządowej, związku lub porozumienia organizacji pozarządowych lub podmiotu wymienionego w art. 3 ust. 3 ustawy **z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności** pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2010 r., Nr 234, poz. 1536 z późn. zm.), zgłaszającego kandydata

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Funkcja** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

16. Czytelne podpisy (lub podpisy nieczytelne wraz z pieczątką) osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania organizacji pozarządowej, związku i porozumienia organizacji pozarządowych lub podmiotu wymienionego w art. 3 ust. 3 zgłaszającej/go kandydata

|  |
| --- |
|  |

17. Lista podmiotów udzielających poparcia kandydatom na członka oraz zastępcę członka KM

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu** | **Siedziba podmiotu** | **Nr KRS/inny rejestr** | **Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |