**ZAŁĄCZNIK NR 7 – Wzór wniosku** **będącego zgłoszeniem kandydata na delegata   
na pierwszy Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych**

…………..………………….., dnia …………………….. r.

(nazwa miejscowości i *data*)

*…………………………………………………*

*(Imię i nazwisko zgłaszającego)*

*…………………………………………………*

*(numer PESEL zgłaszającego)*

***Komitet Organizacyjny***

***Samorządu Ratowników Medycznych***

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

**Wniosek będący zgłoszeniem kandydata na delegata na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych**

Na podstawie § 17 ust. 1 Regulaminu wyboru delegatów na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych zgłaszam kandydata na delegata na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych.

Dane zgłaszanego kandydata na delegata:

…………………………………………………………………..

(imię i nazwisko zgłaszanego kandydata na delegata)

…………………………………………………………………..

(numer PESEL zgłaszanego kandydata na delegata)

…………………………………………………………

(podpis zgłaszającego)

Załączniki do wniosku:

1. Oświadczenie zgłaszanego ratownika medycznego o wyrażeniu zgody na kandydowanie;
2. Oświadczenie zgłaszanego ratownika medycznego o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku na potrzeby wyboru delegatów na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych.

**Załącznik nr 1**

do wniosku będącego zgłoszeniem kandydata na delegata   
na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych

…………..………………….., dnia …………………….. r.

(nazwa miejscowości i *data*)

*…………………………………………………*

*(Imię i nazwisko zgłaszanego)*

*…………………………………………………*

*(numer PESEL zgłaszanego)*

**OŚWIADCZENIE**

**o wyrażeniu zgody na kandydowanie na delegata na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych**

Ja niżej podpisany oświadczam, że wyrażam zgodę na kandydowanie na delegata na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych.

Jednocześnie oświadczam, iż posiadam prawo wybieralności (bierne prawo wyborcze) i znane są mi zapisy Regulaminu wyboru delegatów na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych.

…………………………………………………………

(podpis zgłaszanego)

**Załącznik nr 2**

do wniosku będącego zgłoszeniem kandydata na delegata   
na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych

…………..………………….., dnia …………………….. r.

(nazwa miejscowości i *data*)

*…………………………………………………*

*(Imię i nazwisko zgłaszanego)*

*…………………………………………………*

*(numer PESEL zgłaszanego)*

**OŚWIADCZENIE**

**o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku będącym zgłoszeniem kandydata na delegata na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych na potrzeby wyboru delegatów na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych**

Ja niżej podpisany oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w niniejszym wniosku na potrzeby obsługi wniosku będącego zgłoszeniem kandydata na delegata na Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych, w tym publikację na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia imienia i nazwiska oraz nazwy województwa które jest miejscem zamieszkania wskazanym w elektronicznym formularzu rejestracyjnym zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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) (Dz. Urz. UE L 119/1) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).

…………………………………………………………

(podpis zgłaszanego)