

.....
Imię i nazwisko kandydata

.....
miejsowość i data

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr telefonu

.....
Adres email

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA CZŁONKA KOMISJI KONKURSOWEJ DO OCENY OFERT
Z ZAKRESU OCHRONY I PROMOCJI ZDROWIA - ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HIV
I ZWALCZANIA AIDS**

Ja, niżej podpisana/podpisany oświadczam, że :*

1. Dobrowolnie zgłaszam swój udział w pracach Komisji Konkursowej do przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony i promocji zdrowia – *Zapobieganie Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS*.
2. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie jestem pozbawiona/pozbawiony* praw publicznych.
3. Posiadam doświadczenie w zakresie realizacji zadań publicznych, objętych przedmiotem prac komisji konkursowej oraz w zakresie działalności organizacji pozarządowych lub podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru członków komisji konkursowej opiniującej oferty na realizację zadań publicznych przez organizacje pozarządowe oraz inne podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego w 2024 r. zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

.....
Data i własnoręczny podpis

* niepotrzebne skreślić