Załącznik do Regulamin Komitetu Rewitalizacji

**Formularz zgłoszeniowy**

**na członka Komitetu Rewitalizacji**

 **Gminnego Programu Rewitalizacji Gminy Rabka-Zdrój na lata 2016-2023**

1. **Imię i nazwisko kandydata na członka Komitetu Rewitalizacji**

|  |
| --- |
|  |

1. **Adres i dane kontaktowe kandydata na członka Komitetu Rewitalizacji**

|  |  |
| --- | --- |
| Adres do korespondencji |  |
| Adres mailowy |  |
| Nr telefonu |  |

1. **Znajomość tematyki dot. rewitalizacji:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Oświadczenia kandydata na członka KM.**

|  |
| --- |
| Ja, niżej podpisany(a)....................................................... oświadczam, iż:1. Wyrażam zgodę na kandydowanie na członka Komitetu Rewitalizacji
2. Nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo popełnione umyślnie.
3. Pełniąc funkcję członka Komitetu Rewitalizacji zobowiązuję się:
4. aktywnie uczestniczyć w posiedzeniach Komitetu Rewitalizacji;
5. przedstawiać opinie reprezentowanych środowisk na posiedzeniach Komitetu Rewitalizacji oraz przekazywać ww. środowiskom informacje zwrotne o postępie wdrażania Gminnego Programu Rewitalizacji Gminy Rabka-Zdrój na lata 2016-2023;
6. zapoznawać się z postępami prac w zakresie realizacji Gminnego Programu Rewitalizacji Gminy Rabka-Zdrój na lata 2016-2023,
7. zapoznawać się z dokumentacją dotyczącą zagadnień omawianych na posiedzeniu Komitetu Rewitalizacji;
8. ujawnić ewentualny konflikt interesów dotyczący mojej osoby i wyłączyć się z podejmowania decyzji w zakresie, którego ten dotyczy.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych przez Urząd Miejski w Rabce-Zdroju, w tym umieszczenie na stronie internetowej Urzędu Miejskiego, oraz w BIP Gminy Rabka-Zdrój mojego imienia, nazwiska i informacji o dotychczasowej działalności, nazwy reprezentowanego przeze mnie podmiotu

……………………………………………(czytelny podpis) |

1. **Dane podmiotu zgłaszającego kandydata**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu |  |
| Forma prawna |  |
| Nazwa rejestru i numer |  |
| Siedziba organizacji |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres mailowy |  |

1. **Osoby uprawnione do reprezentacji podmiotu**

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

1. **Czytelne podpisy (lub podpisy nieczytelne wraz z pieczątką) osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania podmiotu**

|  |
| --- |
|  |