Załącznik

do uchwały nr 1/21

Komisji Wyborczej Młodzieżowego Sejmiku

Województwa Zachodniopomorskiego kadencji 2022-2023

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA NA RADNEGO**

**MŁODZIEŻOWEGO SEJMIKU WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO**

**\*Przed wypełnieniem należy zapoznać się ze Statutem Młodzieżowego Sejmiku oraz regulaminem Komisji Wyborczej.**

1. **DANE KANDYDATA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Numer telefonu**  |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Nazwa szkoły / profil, do której uczęszcza kandydat** |  |

1. **UZASADANIENIE KANDYDATURY**

|  |
| --- |
| 1. **Jakie Twoje umiejętności i cechy mogą być przydatne w pracach Młodzieżowego Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego?**
 |
|  |
| 1. **Opisz swoje doświadczenie w pracy w ciałach przedstawicielskich młodzieży, konsultacjach, przygotowywaniu rekomendacji na tematy ważne dla młodzieży?**
 |
|  |
| 1. **Jakie jest Twoje doświadczenie w projektach społecznych, obywatelskich, wolontariackich?**
 |
|  |

……………………………………..

 data, podpis

1. **DANE ORGANIZACJI UDZIELAJĄCEJ POPARCIA (jeśli dotyczy)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa** **podmiotu /organizacji / szkoły** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Oficjalny adres e-mail**  |  |
| **Numer telefonu do organizacji** **(jeśli dotyczy)** |  |
| **Adres strony internetowej** |  |
| **Profil w mediach społecznościowych – (o ile istnieje)** |  |
| **Typ organizacji – proszę zaznaczyć poprzez postawienie znaku ,,X” po lewej stronie** | **\_\_ młodzieżowa rada gminy / młodzieżowa rada powiatu****\_\_ organizacja młodzieżowa i działająca na rzecz młodzieży****\_\_ organizacja akademicka****\_\_ samorząd / parlament uczelni wyższej****\_\_ samorząd uczniowski szkoły średniej** |

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA ORGANIZACJA / PODMIOT****Proszę uzasadnić dlaczego Kandydat na Radnego Młodzieżowego Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego otrzymał poparcie organizacji?** |
|  |

…………………………………………………… ………………………………………………………………………………………

Miejscowość, data wypełnienia Podpis Opiekuna / osoby / osób reprezentujących podmiot zgodnie ze statutem

 Pieczątka organizacji

1. **WYKAZ OSÓB POPIERAJĄCYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Adres zamieszkania** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| **6.** |  |  |
| **7.** |  |  |
| **8.** |  |  |
| **9.** |  |  |
| **10.** |  |  |

1. **FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja………………………………………………………………………………………………………………...

*(Imię i Nazwisko kandydata lub opiekuna osoby niepełnoletniej)*

W imieniu własnym/ będąc rodzicem/opiekunem prawnym w imieniu kandydata

…………………………………………………..…………………………………………………

*(Imię i Nazwisko osoby niepełnoletniej)*

***wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody***\* na przetwarzanie przez Marszałka Województwa Zachodniopomorskiego / Województwo Zachodniopomorskie z siedzibą w Szczecinie przy ul. Korsarzy 34 oraz Sekretariat ds. Młodzieży Województwa Zachodniopomorskiego z siedzibą w Szczecinie przy Pl. Kilińskiego 3 danych osobowych w związku kandydowaniem na Radnego  Młodzieżowego Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego, a po wyborze w związku z wykonywaniem obowiązków.

Zgodnie z art. 6 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r oraz art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych :

***wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\**** na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku utrwalonego na fotografiach i filmach przez Województwo Zachodniopomorskie oraz Sekretariat ds. Młodzieży Województwa Zachodniopomorskiego w: materiałach drukowanych, w mediach społecznościowych i na stronach internetowych w celu propagowania działań Młodzieżowego Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego.

**Data, czytelny podpis …………………………………………………………………………**

*\* (niepotrzebne skreślić)*

**Informacja**

Administratorem Danych osobowych, w postaci emitowanego i zarejestrowanego materiału wideo i audio, jest Województwo Zachodniopomorskie.

Dane osobowe, w postaci wizerunku oraz głosu, przetwarzane są w celu i zakresie określonym w ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o *samorządzie województwa*.

Klauzula informacyjna określająca ogólne zasady przetwarzania ww. informacji znajduje się na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego.

Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można kontaktować się pod adresem e-mail: abi@wzp.pl.