

ZGŁOSZENIE KANDYDATA DO KOMISJI KONKURSOWEJ

w otwartym konkursie ofert na wsparcie w 2024 roku zadań publicznych realizowanych w gminie
Wisznia Mała przez organizacje pozarządowe i inne podmioty prowadzące działalność pożytku
publicznego w zakresie działalności na rzecz osób z niepełnosprawnościami „Asystent osobisty osoby
niepełnosprawnej” – edycja 2024

Imię i nazwisko kandydata:

.....

Dane kontaktowe kandydata (telefon, e-mail):

.....

Funkcja pełniona w organizacji pozarządowej/podmiocie:

.....

Nazwa organizacji pozarządowej/podmiotu zgłaszającej kandydata:

.....

Zakres działalności statutowej organizacji pozarządowej/podmiotu:

.....

.....

.....

Opis doświadczeń i umiejętności kandydata, które będą przydatne w pracach komisji konkursowej:

.....

.....

.....

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć organizacji/podmiotu

.....
Podpis/y osoby/osób upoważnionych do
składania oświadczeń woli

H