

**Zgłoszenie kandydata na członka  
Gminnej Rady Konsultacyjnej ds. Osób z Niepełnosprawnościami**

Organizacja zgłaszająca kandydata (nazwa, adres, telefon, e-mail):

.....  
.....

Imię i nazwisko kandydata wraz z danymi kontaktowymi (nr telefonu i adres e-mail):

.....  
.....

Uzasadnienie kandydatury:

.....  
.....  
.....

*Podpisy i pieczęcie osób reprezentujących organizację zgłaszającą kandydaturę na członka  
Gminnej Rady Konsultacyjnej ds. Osób z Niepełnosprawnościami:*

.....

(miejsce, data)

.....

(pieczęć organizacji)

.....

(podpis i pieczęć osoby uprawnionych do składania oświadczeń)