WYKAZ OSÓB POPIERAJĄCYCH KANDYDATA

DO RADY SENIORÓW GMINY IWONICZ-ZDRÓJ

Imię i nazwisko kandydata ……

Data urodzenia kandydata……..…

Miejsce zamieszkania……..

Zgłoszenie kandydata powinno być poparte **podpisami co najmniej 10 osób, które w dniu udzielenia poparcia ukończyły 60 lat, zamieszkałych na terenie Gminy Iwonicz-Zdrój**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacją o przetwarzaniu danych osobowych dostępną na stronie BIP Gminy Iwonicz-Zdrój i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia wyborów ww. kandydata do Rady Seniorów Gminy Iwonicz-Zdrój.

Lp.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Data urodzenia	Data udzielania poparcia	Czytelny podpis