WYKAZ OSÓB POPIERAJĄCYCH KANDYDATA

DO MŁODZIEŻOWEJ RADY MIEJSKIEJ W IWONICZU-ZDROJU

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 15 lat i nie ukończyły 21 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 na członka Młodzieżowej Rady Miejskiej w Iwoniczu-Zdroju.

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