

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA NA CZŁONKA DO
SADOWIEŃSKIEJ RADY SENIORÓW - PRZEDSTAWICIEL OSÓB STARSZYCH***

DANE KANDYDATA DO SADOWIEŃSKIEJ RADY SENIORÓW

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
Adres e-mail (nieobowiązkowo)	

Wykaz osób udzielających poparcia kandydatowi do Sadowieńskiej Rady Seniorów

l.p.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Data urodzenia	podpis
1				
2				
3				
4				
5				
6**				
7				
8				
9				

*przedstawiciel osób starszych osoba, spełniająca warunek określony w art. 4 pkt. 1 Ustawy o osobach starszych, tj. osoba która ukończyła 60 rok życia;

** minimalna ilość osób popierających kandydata wynosi 6;