Okręgowa  Komisja Wyborcza w Gdańsku

**KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA DELEGATA**

**NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

imię kandydata

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

nazwisko kandydata

□ LEKARZ □ LEKARZ DENTYSTA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

nr prawa wykonywania zawodu

Kandydat na delegata na okręgowy zjazd lekarzy VIII kadencji w rejonie wyborczym nr …………… nazwa …………………….…………………………………

|  |
| --- |
| Wyrażam zgodę na kandydowanie na delegata na okręgowy zjazd lekarzy VIII kadencji w rejonie wyborczym nr …..… nazwa ………………………………………………….………… oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie i publikowanie moich danych osobowych przez okręgową komisję wyborczą, w zakresie i na zasadach określonych w regulaminie wyborów  ..................................................  podpis kandydata |

|  |
| --- |
| Oświadczam, że nie jestem karany oraz że nie istnieją okoliczności, które w myśl obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej  i innych przepisów stanowią przeszkodę w pełnieniu mandatu delegata.  .................................................. podpis kandydata |
| Proszę o publikację w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku: (zaznaczyć)  ○ mojego zdjęcia  ○ roku uzyskania przeze mnie dyplomu lekarza lub lekarza dentysty  ○ tytułu i stopnia naukowego  ○ posiadanych specjalizacji  ○ miejsca wykonywania zawodu lub informacji o niewykonywaniu zawodu  ○ informacji o funkcjach pełnionych w samorządzie  ○ adresu mojej poczty elektronicznej i/lub nr telefonu  ○ informacji o dotychczasowym przebiegu mojej pracy zawodowej, tj:…………………………………..……………………  ○ informacji o mojej aktywności pozazawodowej w zakresie działalności publicznej, tj……………….………………………  ○ zwięzłej informacji o zamierzonej przeze mnie działalności w samorządzie lekarzy w przyszłej kadencji. tj. …………………………………………………………………………………………………………………………………..  ..................................................  podpis kandydata |

Zgłaszający\*:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

imię

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwisko

□ LEKARZ □ LEKARZ DENTYSTA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

nr prawa wykonywania zawodu

członek rejonu wyborczego nr ……, nazwa …………………………….

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

pieczątka lekarska i podpis zgłaszającego

\* wypełnić również w przypadku osobistego zgłaszania swojej kandydatury