

## Lista poparcia kandydata

.....  
(imię i nazwisko kandydata)

**na członka Rady Seniorów Dzielnicy Wola m.st. Warszawy kadencji 2022-2025  
(co najmniej 15 osób w wieku powyżej 60 lat zamieszkałych na terenie Dzielnicy Wola)**

Lp.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania (ulica, nr domu)	Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych* <u>Podpis</u>

\* W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z wyborem przedstawicieli mieszkańców Dzielnicy do Rady Seniorów Dzielnicy Wola m.st. Warszawy.