

## Žiadosť o zaradenie do evidencie volebného zhromaždenia

organizácií zastupujúcich osoby so zdravotným postihnutím, bez ohľadu na druh zdravotného postihnutia, ktoré majú v predmete činnosti ochranu, podporu a presadzovanie práv osôb so zdravotným postihnutím podľa čl. 8 ods. 4 písm. g) štatútu Rady vlády Slovenskej republiky pre osoby so zdravotným postihnutím

za účelom voľby dvoch reprezentantov do Rady vlády Slovenskej republiky pre osoby so zdravotným postihnutím uvedených v čl. 5 ods. 7 písm. h) štatútu Rady vlády Slovenskej republiky pre osoby so zdravotným postihnutím

Názov právnickej osoby	
IČO	
Adresa sídla	
Korešpondenčná adresa (ak sa odlišuje od adresy sídla)	
Dátum registrácie na Ministerstve vnútra Slovenskej republiky	
Registračné číslo	
Číslo telefónu (vrátane smerového čísla)	
Číslo mobilného telefónu	
Elektronická adresa (e-mail)	
Meno, priezvisko a titul štatutárneho zástupcu	

### Čestné vyhlásenie štatutárneho zástupcu:

**Vyhlasujem**, že všetky údaje uvedené v žiadosti a v prílohách sú pravdivé, presné a úplné. Poskytujem súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu uvedených v žiadosti a to výlučne za účelom evidencie organizácií zastupujúcich osoby so zdravotným postihnutím, bez ohľadu na druh zdravotného postihnutia, ktoré majú v predmete činnosti ochranu, podporu a presadzovanie práv osôb so zdravotným postihnutím podľa čl. 8 ods. 4 písm. g), za účelom voľby dvoch reprezentantov do Rady vlády Slovenskej republiky pre osoby so zdravotným postihnutím uvedených v čl. 5 ods. 7 písm. h) štatútu Rady vlády Slovenskej republiky pre osoby so zdravotným postihnutím.

**Vyhlasujem**, že na riadení činnosti organizácie predkladajúcej žiadosť sa v prevažnej miere priamo zúčastňujú osoby so zdravotným postihnutím alebo osoby poskytujúce podporu takýmto osobám pri uplatňovaní ich práv a presadzovaní ich záujmov. (Za osobu poskytujúcu podporu osobe so zdravotným postihnutím sa na tieto účely považujú rodič, dieťa, súrodenec, manžel, manželka a starý rodič alebo zákonný zástupca alebo ustanovený zástupca osoby so zdravotným postihnutím).

V .....

.....  
*meno a priezvisko štatutárneho zástupcu*

dňa .....

.....  
*vlastnoručný podpis*

### **Povinné prílohy k žiadosti:**

- stanovy organizácie