FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA DO TYTUŁU „MR. DISABLED”

|  |
| --- |
| imię i nazwisko kandydata:  |
| data urodzenia: |
| miejscowość zamieszkania kandydata:  |
| kontakt do kandydata lub pełnomocnika (nr telefonu, ew. adres mailowy):  |
| charakterystyka kandydata (informacje o wykształceniu i pracy, prowadzonej działalności, zdobytych nagrodach i wyróżnieniach):  |
| proponowana kategoria wyróżnienia i uzasadnienie zgłoszenia:  |
| dane organizacji zgłaszającej (nazwa, adres, kontakt): |
| imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu oraz jej nr. telefonu i adres mailowy:  |
| data i podpis osoby upoważnionej do zgłoszenia:  |