Załącznik nr 2 do uchwały

Formularz zgłaszania opinii lub uwag do projektu Powiatowego Programu Działań na Recz Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Wąbrzeskiego na lata 2021-2030

***.***

1. Informacje ogólne o zgłaszającym

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Instytucja |  |
| Adres do korespondencji/email |  |
| Telefon/fax |  |

Proszę zaznaczyć odpowiednim krzyżykiem:

□ przedsiębiorca

□ organizacja pozarządowa

□ samorząd powiatowy lub jego jednostka

□ samorząd gminny lub jego jednostka

□ inne, jakie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Uwagi w ramach konsultacji będą przyjmowane wyłącznie na niniejszym formularzu. Konieczne jest wypełnienie punktu 1.

Wypełniony formularz prosimy przesłać pocztą elektroniczną na adres: [starostwo@wabrzezno.pl](mailto:starostwo@wabrzezno.pl) lub [pcpr@wabrzezno.pl](mailto:pcpr@wabrzezno.pl) W tytule emaila prosimy wpisać „Konsultacje społeczne Programu działań na rzecz osób niepełnosprawnych”.

Formularz można także składać listownie na adres: Starostwo Powiatowe w Wąbrzeźnie, ul. Wolności 44, 87-200 Wąbrzeźno z dopiskiem na kopercie „Konsultacje społeczne Programu działań na rzecz osób niepełnosprawnych” lub osobiście w Sekretariacie Starostwa Powiatowego w Wąbrzeźnie, ul. Wolności 44, 87-200 Wąbrzeźno pok. 130. Decyduje data wpływu.

1. Zgłaszane opinie, uwagi do Powiatowego Programu Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Wąbrzeskim na lata 2021-2030

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Część wniosku do którego odnosi się opinia, uwaga (punkt, podpunkt, strona) | Komentowany/a fragment/treść | Propozycja zmiany | Uzasadnienie |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |