**Formularz konsultacji projektu „Powiatowy Program Działań Na Rzecz Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2021-2030”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Podmiot zgłaszający propozycje** | **Adres** | **Nr telefonu** | **Adres poczty elektronicznej** | **Imię i nazwisko osoby kontaktowej** | **Data wypełnienia** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UWAGI O CHARAKTERZE SZCZEGÓŁOWYM** | | | |
| **Lp.** | **Aktualny zapis w projekcie wraz podaniem nr strony** | **Sugerowana zmiana**  **(konkretny sugerowany zapis)** | **Uzasadnienie** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UWAGI O CHARAKTERZE OGÓLNYM** | | | |
| **Lp.** | **Uwagi** | **Sugerowana zmiana** | **Uzasadnienie** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

……………………………………………………………..  
data i podpis

Jeżeli mają Państwo więcej uwag do konsultowanego dokumentu, prosimy dodać wiersz w tabeli lub wypełnić kolejny formularz konsultacyjny.

Wypełniony formularz należy dostarczyć w nieprzekraczalnym terminie do **25.11.2021 r.** na**:**

1. adres poczty elektronicznej **sekretariat@pcpr-przasnysz.pl** albo
2. adres siedziby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu**, ul. Berka Joselewicza 6, 06-330 Przasnysz**