FORMULARZ KONSULTACJI SPOŁECZNYCH

projektu

Powiatowego Programu Rozwoju Pieczy Zastępczej w Powiecie Skarżyskim

na lata 2024- 2026

Uwagi do projektu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Część dokumentu, którego dotyczy uwaga  (rozdział, strona) | Treść proponowanej uwagi,  opinii, propozycji, sugestii | Uzasadnienie |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

DANE UCZESTNIKA KONSULTACJI SPOŁECZNYCH – część nieobowiązkowa

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………….

Nazwa organizacji: …………………………………………………………………………

Adres korespondencyjny: ………………………………………………………………

Telefon/ e-mail: ……………………………………………………………………………..

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych w celu przeprowadzenia konsultacji społecznych dotyczących projektu programu współpracy zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Podpis