**FORMULARZ KONSULTACJI SPOŁECZNYCH PROJEKTU MIEJSKIEGO PROGRAMU DZIAŁAŃ NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W KROŚNIE NA LATA 2017 – 2022**

1. Dane osoby zgłaszającej opinie lub uwagi

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

Adres zamieszkania: …….…………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby przeprowadzenia konsultacji społecznych projektu Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Mieście Krośnie na lata 2017 - 2022, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

1. Uwagi i opinie do projektu Miejskiego programu działań na rzecz osób niepełnosprawnych na lata 2017- 2022.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Obecny zapis  w projekcie Programu | Nr strony  w projekcie Programu | Treść uwagi/opinii lub proponowanej zmiany | Uzasadnienie |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Inne uwagi: | | | | |

………………………………………………………  
 czytelny podpis osoby zgłaszającej opinie lub uwagi

Dziękujemy za udział w konsultacjach społecznych