***Formularz konsultacji społecznych projektu***

***„Powiatowego Programu Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Wysokomazowieckim na lata 2025-2030”.***

**1. Informacje o zgłaszającym uwagi**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Instytucja |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Adres e-mail |  |
| Nr telefonu |  |

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich dobrowolnie podanych danych osobowych zawartych w formularzu uwag w ramach konsultacji społecznych projektu „****Powiatowego Programu Działań Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Wysokomazowieckim na lata 2025-2030”*** *dla potrzeb niezbędnych do przetwarzania swoich uwag w związku z wyżej wymienionymi konsultacjami społecznymi, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).*

**2. Zgłaszane uwagi do projektu „*Powiatowego Programu Działań Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Wysokomazowieckim na lata 2025-2030”***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nr strony w dokumencie** | **Obecny zapis** | **Propozycja zmian** | **Uzasadnienie zmian** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

*\* pozostawienie danych Zgłaszającego pozwoli na sprawniejsze wprowadzanie zmian oraz ewentualny kontakt w celu uszczegółowienia treści postulatu/uwagi.*