

**FORMULARZ KONSULTACJI**  
**projektu Powiatowego Programu Rozwoju Pieczy Zastępczej na lata 2023-2025**

**1. Dane Osoby Zgłaszającej:**

Nazwa podmiotu/imię i nazwisko	
Adres siedziby/adres zamieszkania	
Telefon i adres e-mail	

**2. Uwagi do projektu Programu:**

Lp.	Część dokumentu, którego dotyczy uwaga (rozdział/ punkt/strona)	Treść proponowanej uwagi	Uzasadnienie

---

data, imię i nazwisko  
osoby zgłaszającej uwagi