**FORMULARZ ZGŁASZANIA UWAG W RAMACH KONSULTACJI SPOŁECZNYCH**

w Gminie Miejskiej Ostróda w sprawie Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych   
i Deinstytucjonalizacji na lata 2024-2028

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Podmiot zgłaszający** | **Adres poczty elektronicznej** | **Data wypełnienia** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wskazanie dotychczasowego zapisu w projekcie Lokalnego Planu Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji**  **na lata 2024- 2028,**  **który wymaga zmiany (rozdział, punkt, ustęp)** | **Proponowana zmiana zapisu - konkretna propozycja (rozdział. punkt, ustęp)** | **Uzasadnienie wprowadzonych zmian** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

**UWAGA**: Wypełniony formularz należy dostarczyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia 12.03.2024 r. pocztą lub emailem na adres:

* **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostródzie ul. Olsztyńska 2,**

**14-100 Ostróda**

* mops@mops.ostroda.pl lub [sylwia.wasniewska@mops.ostroda.pl](mailto:sylwia.wasniewska@mops.ostroda.pl)