**Konsultacje społeczne**

**„Powiatowego Programu Rozwoju Pieczy Zastępczej na lata 2015-2017”**

**Formularz ankiety**

**(***Uwagi w ramach konsultacji społecznych będą przyjmowane wyłącznie na niniejszym formularzu***)**

Konsultacjom społecznym poddawany jest „Powiatowy Pogram Rozwoju Pieczy Zastępczej na lata 2015-2017” którego projekt udostępniony jest do wglądu w Biuletynie Informacji Publicznej (pcprcentrumpomocy.e-bip.org.pl) oraz w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim.

Wypełnioną ankietę prosimy przesłać na adres poczty elektronicznej [pcpr4@wp.pl](mailto:pcpr4@wp.pl) lub na adres pocztowy: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Grunwaldzka 3, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie z dopiskiem konsultacje społeczne „Powiatowego Programu Rozwoju Pieczy Zastępczej na lata 2015-2017” w terminie do dnia 16.02.2015 r. do 26.02.2015 r. W przypadku przesłania formularza pocztą decyduje data jego wpływu do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

1. **Informacja o wypełniającym ankietę**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Nazwa organizacji** |  |
| **Adres korespondencyjny** |  |
| **e-mail** |  |
| **Telefon** |  |

**Wyjaśnienie**: *Prosimy o wypełnienie wszystkich pól w powyższej tabeli.*

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie do konsultacji.

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyrażam zgodę** | **Nie wyrażam zgody** |
|  |  |

**Wyjaśnienie***: Prosimy postawić znak X w wybranej kratce.*

1. **Zgłaszane propozycje zmian:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr zmiany** | **Dotychczasowy zapis w „Powiatowym Programie Rozwoju Pieczy Zastępczej na lata 2015-2017”** | **Propozycja zmiany** | **Uzasadnienie zmiany** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

***Wyjaśnienie:*** *Poszczególne pola mogą być dowolnie rozszerzane.*