**FORMULARZ ZGŁASZANIA UWAG KSW/2/2016**

**Do „Miejskiego programu wyrównywania szans życiowych osób niepełnosprawnych,   
zamieszkałych na terenie miasta Bartoszyce,   
na lata 2017-2021”**

**DANE ZGŁASZAJĄCEGO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Nazwa instytucji/organizacji** |  |
| **Adres korespondencyjny** |  |
| **E-mail, telefon** |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby przygotowania „Miejskiego programu wyrównywania szans życiowych osób niepełnosprawnych, zamieszkałych na terenie miasta Bartoszyce, na lata 2017 – 2021” zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U.2016. poz. 922)

**PROPOZYCJE ZMIAN:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p** | **Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga, wniosek, opinia, nr strony** | **Istniejący zapis** | **Propozycja zmiany (konkretny sugerowany zapis)** | **Uzasadnienie (uwagi, opinie)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |