**Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr 334/2024 Zarządu Powiatu w Sochaczewie**

**z dnia 22 stycznia 2024 roku**

Data wypełnienia…………….

**FORMULARZ ZGŁASZANIA UWAG DO PROJEKTU „POWIATOWEGO PROGRAMU ROZWOJU PIECZY ZASTĘPCZEJ NA LATA 2024 – 2026”.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zapis w projekcie Programu z podaniem strony, rozdziału, ustępu, punktu** | **Proponowane zmiany** | **Uzasadnienie proponowanych zmian (możliwe pytania, uwagi, opinie)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa podmiotu zgłaszającego zmiany w projekcie programu** | **Adres siedziby oraz numer telefonu** | **Adres poczty elektronicznej** | **Imię i nazwisko osoby do kontaktu** |
|  |  |  |  |