**FORMULARZ**

**konsultacji społecznych programu**

**„ELBLĄSKI PROGRAM WSPIERANIA RODZINY ORAZ ROZWOJU SYSTEMU PIECZY**

**ZASTĘPCZEJ NA LATA 2024- 2026 ”**

1. **Informacje o zgłaszającym uwagi**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Instytucja |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Adres e-mail |  |
| Nr telefonu |  |

1. **Zgłaszanie uwag do programu:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr strony** **w dokumencie** | **Obecny zapis** | **Propozycja zmian** | **Uzasadnienie zmian** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |