**Formularz konsultacji**

1. Podmiot zgłaszający (imię i nazwisko, e-mail, telefon) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Przedmiot opinii/uwag (nazwa projektu):

**Gminny Program Wspierania Rodziny w Mieście i Gminie Nowa Sarzyna na lata 2016 – 2018**

1. Proponowane rozwiązania / uwagi do projektu:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Uzasadnienie :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………

 ( podpis )