Załącznik Nr 1

do ogłoszenia Zarząd Powiatu Krośnieńskiego

o przeprowadzeniu konsultacji społecznych

w sprawie projektu „Programu Rozwoju Pieczy

Zastępczej w Powiecie Krośnieńskim na lata 2015-2017”.

**Formularz konsultacji społecznych do projektu**

**„Programu Rozwoju Pieczy Zastępczej w Powiecie Krośnieńskim na lata 2015-2017”.**

**I. Proszę o wyrażenie opinii na temat projektu „Programu Rozwoju Pieczy Zastępczej w Powiecie Krośnieńskim na lata 2015-2017” oraz uzasadnienie wyboru.**

Proszę zaznaczyć znakiem „X”

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Zdecydowanie pozytywna |  |
| 1. pozytywna |  |
| 1. negatywna |  |
| 1. zdecydowanie negatywna |  |
| 1. trudno powiedzieć |  |

Uzasadnienie:  
.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**II. Czy Pani/Pan chciałaby/chciałby zmodyfikować projekt „Programu Rozwoju Pieczy Zastępczej w Powiecie Krośnieńskim na lata 2015-2017” poprzez usunięcie proponowanych jego pozycji lub dodanie nowych pozycji i propozycji?**

1. tak b) nie c) trudno powiedzieć

Proszę podkreślić wybraną odpowiedź, a w przypadku wybrania **odpowiedzi a),** wypełnić tabelę.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Propozycja zmiany -proszę wskazać punkty, których zmiana dotyczy | Uzasadnienie |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

**III. Inne opinie i propozycje dotyczące projektu „Programu Rozwoju Pieczy Zastępczej w Powiecie Krośnieńskim na lata 2015-2017” :**

a) tak b) nie

Opis i uzasadnienie

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**VI. Informacje o zgłaszającym uwagi/opinie/propozycje:**

Nazwa i adres organizacji/instytucji/osoby biorącej udział w konsultacjach:

……………………………………………………………………………………………….......

……..………….……………………………………………...

(Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji/instytucji)

Uwaga: propozycje i opinie zgłoszone na formularzu konsultacji niepodpisanym czytelnie imieniem i nazwiskiem nie będą rozpatrywane.

**Dziękujemy za udział w konsultacjach społecznych.**