**Formularz**

**konsultacji społecznych projektu**

**Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Powiatu Zawierciańskiego na lata 2020 - 2022**

1. **INFORMACJA O ZGŁASZAJĄCYM UWAGI/WNIOSKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Nazwa Instytucji** |  |
| **Adres korespondencyjny** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefon/Faks** |  |

1. **UWAGI I OPINIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Część programu,  do której odnosi się uwaga**  (rozdział, podrozdział, nr strony) | **zapis w projekcie programu do którego zgłaszane są uwagi** | **Treść uwagi - proponowany zapis** | **Uzasadnienie uwagi** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, niezbędnych dla potrzeb przeprowadzania konsultacji społecznych projektu „Programuochrony zdrowia psychicznego dla Powiatu Zawierciańskiego na lata 2020 – 2022”. Dane osobowe podaję dobrowolnie. Zgodę na przetwarzanie danych osobowych mogę w każdej chwili wycofać. Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie moich danych osobowych do momentu jej wycofania.

**……………………………………………………….**

*Podpis osoby zgłaszającej uwagi*