****

**Formularz konsultacyjny**

**dotyczący projektu Gminnego Programu Rewitalizacji**

**Miasta Skarżyska-Kamiennej na lata 2016-2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Podmiot zgłaszający uwagę, opinię**  **(imię i nazwisko lub nazwa instytucji)** | | |  |
| **L.p.** | **Numer strony w dokumencie i numer wiersza od góry** | **Treść uwagi/opinii oraz proponowane nowe brzmienie zapisu** | **Uzasadnienie proponowanej uwagi/opinii** |
| **1.** |  |  |  |
| **…** |  |  |  |
| **Inne uwagi do projektu Gminnego Programu Rewitalizacji Miasta Skarżyska-Kamiennej na lata 2016-2020** | | | |
|  | | | |

**Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby wypełniającej formularz**

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