



FORMULARZ KONSULTACJI

**projektu systemowego POKL pn.: „Uwierzyć w siebie – aktywna integracja osób przebywających w rodzinach zastępczych i je opuszczających”**

Dane uczestnika konsultacji

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** |  |
| **Adres** |  |
| **Numer telefonu/adres**  **e-mail** |  |
| **Imię i nazwisko osoby do kontaktu** |  |
| **Numer telefonu, mail osoby do kontaktu** |  |

Uwagi i opinie do projektu POKL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Aktualny zapis** | **Proponowane zmiany** | **Uzasadnienie** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

Inne uwagi

|  |
| --- |
|  |

**Formularz konsultacji prosimy przesłać w nieprzekraczalnym terminie do dnia 9 sierpnia 2013 r. na adres:**

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu, ul. Towarowa 4-6 , 87-100 Toruń**

**lub** [**projekty.efs@pcpr-torun.pl**](mailto:projekty.efs@pcpr-torun.pl)

**………………………...**

***podpis***