Załącznik Nr 2

do Zarządzenia Nr 6082/17/VII/R

Prezydenta Miasta Gdyni

z dnia 25.04.2017 roku

**ANKIETA KONSULTACYJNA  
GDYŃSKIEGO PROGRAMU WSPARCIA RODZINY I SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ NA LATA 2017 – 2019**

Informacje o zgłaszającym:

………………………………………………………………………………………………….  
*(imię i nazwisko/nazwa instytucji lub organizacji)*

…………………………………………………………………………………………………  
*(adres do korespondencji)*

…………………………………………………………………………………………………  
*(e-mail lub telefon kontaktowy)*

1. Zgłaszane uwagi do projektu Gdyńskiego Programu Wsparcia Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej na lata 2017-2019

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Fragment, do którego odnosi się uwaga (nr strony, część)** | **Treść uwagi (propozycja zmian)** | **Uzasadnienie uwagi** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

1. Data wypełnienia: …………………………

Ankietę należy dostarczyć najpóźniej do dnia 29.05.2017 roku:

1. w wersji elektronicznej na adres: [programrodzina@mopsgdynia.pl](mailto:programrodzina@mopsgdynia.pl), w tytule wiadomości wpisując „konsultacje społeczne GPWRiRPZ”

LUB

1. w wersji papierowej (osobiście lub drogą pocztową) w sekretariacie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdyni, ul. Grabowo 2, 81-265 Gdynia