**Formularz zgłoszenia uwag do projektu Powiatowego Programu Działań na Rzecz Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2022-2027**

**Podmiot zgłaszający:**

| LP. | TYTUŁ I NUMER ROZDZIAŁU/CZĘŚCI PROGRAMU | OBECNY ZAPIS | PROPONOWANY ZAPIS/UWAGA | UZASADNIENIE PROPONOWANYCH ZMIAN |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Inne uwagi:**

Uwagi proszę wysłać na adres mailowy Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Piasecznie: [wzs@piaseczno.pl](mailto:wzs@piaseczno.pl) do dnia 9  maja 2022 r. W przypadku trudności ze zgłoszeniem uwag lub problemem z dostępnością formularza prosimy o kontakt telefoniczny: 22 756 62 54 w. 246.