**Załącznik nr 1**

.....................................................

 (Miejscowość, data)

.....................................................

 (Pieczęć)

**Zgłoszenie**

Zgłaszam do udziału w „Miejskim programie wyrównywania szans osób niepełnosprawnych” poniższą kandydaturę.

Wyznaczona/Wyznaczony\* zostaje Pani/Pan\* …………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Imię, nazwisko, funkcja)

Uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

.................................................................................................... *(Podpis i pieczątka osoby uprawnionej)*

*\*Niepotrzebne skreślić*