WNIOSEK

o przyznanie Medalu im. Matki Teresy z Kalkuty

X EDYCJA JUBILEUSZOWA

Kategoria:

**OSOBA FIZYCZNA** z Województwa Pomorskiego

1. Imię i nazwisko osoby kandydującej do Medalu

 *.........................................................................................................................................*

1. Adres i telefon:

 *.........................................................................................................................................*

 *.........................................................................................................................................*

 *.........................................................................................................................................*

1. Uzasadnienie wniosku

3.1 Szczegółowy opis wieloletniej działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

3.2 Opis skutków działalności na rzecz osób niepełnosprawnych

 *...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

 *...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

1. Materiały potwierdzające wieloletnią działalność na rzecz osób niepełnosprawnych (materiały prasowe, referencje, listy intencyjne, zdjęcia, itp.).

 *...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

1. Podmiot składający wniosek (imię i nazwisko lub nazwa organizacji czy instytucji)

 *.........................................................................................................................................*

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

 Adres i telefon: *.........................................................................................................................................*

 *.........................................................................................................................................*

 Osoba reprezentująca wnioskodawcę

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

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

 *.............................. .............................. ..............................*

 /data/ /pieczęć/ /podpis/

1. Osoba mogąca udzielić dodatkowych informacji o kandydacie do Medalu

Imię i nazwisko, telefon kontaktowy:

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

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

1. Ocena Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych

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

 *..................................................................................................................................................................................................................................................................................*

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

 /data/ /podpis Przewodniczącego/

1. Ocena KAPITUŁY

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

 *..................................................................................................................................................................................................................................................................................*

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

 /data/ /podpis Przewodniczącego/