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/