…… data ..……..……. r.

Nr ewidencyjny w Wydziale

Starostwo Powiatowe w Koninie
Aleje 1 Maja 9
62-510 Konin
Wydział Ochrony Środowiska,
Rolnictwa i Leśnictwa

WNIOSEK O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA DO USUWANIA WYROBÓW ZAWIERAJĄCYCH AZBEST

1. Wnioskodawca (imię, nazwisko) …….....

2. Adres zamieszkania wnioskodawcy……...

   Kod pocztowy ……..Miejscowość ……..……....

   Gmina…….. Telefon …….....…….....

3. Szczegółowy opis prac objętych wnioskiem z podaniem nr geod. nieruchomości i adresem:

   I. Demontaż, transport i utylizacja płyt azbestowo – cementowych*

   II. Transport i utylizacja wcześniej zdemontowanych płyt azbestowo - cementowych*

   ……

   ……

   ……

4. Planowana data realizacji przedsięwzięcia – termin prac objętych ww. wnioskiem (miesiąc, rok): …….....

5. Ilość wyrobów azbestowych przewidywanych do unieszkodliwienia [powierzchnia w (m^2)]

   …….....

6. Uwagi i informacje dodatkowe:

   …….....

.....……...
data i podpis właściciela/współwłaściciela nieruchomości

* - właściwe podkreślić