

.....

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 (m²)]

.....

6. Uwagi i informacje dodatkowe:

.....

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

* - właściwe podkreślić