

.....

data r.

Nr ewidencyjny w Wydziale WO

Starostwo Powiatowe w Koninie
Aleje 1 Maja 9
62-510 Konin
Wydział Ochrony Środowiska

**WNIOSEK O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA USUWANIA WYROBÓW
ZAWIERAJĄCYCH AZBEST**

1. Wnioskodawca

.....
.....

2. Adres wnioskodawcy

Kod pocztowy Miejscowość

Gmina Telefon Faks

3. Szczegółowy opis przedsięwzięcia (dokładne określenie nieruchomości z podaniem numeru działki, zakres prac objętych wnioskiem)

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

4. Planowany okres realizacji przedsięwzięcia

- termin rozpoczęcia prac
- termin zakończenia prac

- ilość wyrobów azbestowych przewidywanych do demontażu i/lub unieszkodliwienia [powierzchnia (m²), masa (Mg)]

5. Uwagi i informacje dodatkowe

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data i podpis właściciela obiektu