

.....

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 pocztowyMiejscowość

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