|  |
| --- |
| **Wniosek o wpisanie Mieszkań T/W****do rejestru mieszkań treningowych i wspomaganych,** **prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego**,w województwie pomorskim |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Dane identyfikacyjne podmiotu prowadzącego mieszkanie treningowe lub wspomagane** |
| Nazwa podmiotu prowadzącego:     |   Forma organizacyjno-prawna:    |
| Adres siedziby podmiotu prowadzącego |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Ulica: | Nr domu/mieszkania  |
| Telefon: | Fax: | E-mail: |
| Osoba upoważniona do kontaktu:  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Dane identyfikacyjne mieszkania** |
| Rodzaj mieszkania: treningowe/wspomagane\* | Nazwa, pod którą prowadzone jest mieszkanie: | Liczba miejsc w mieszkaniu: |
| Adres mieszkania (do informacji Wojewody): |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Ulica: | Nr domu/mieszkania |
| Data przekształcenia w mieszkanie treningowe/wspomagane\* lub data utworzenia mieszkania treningowego/wspomaganego\* w przypadku nowo powstałego mieszkania: |

\*niepotrzebne skreślić

 …………………………… …………………………….……….…....

 miejscowość i data pieczęć i podpis osoby zgłaszającej do rejestru
 w imieniu podmiotu prowadzącego