|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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