# FORMULARZ KONSULTACYJNY
## w sprawie koncepcji „Studium transportowego dla miasta Wadowice”

Miejscowość ....., dnia .....2017 r.

**Informacja**

1. W polach wyboru należy wpisać znak X.
2. Uwagi i propozycje zmian lub opinie do koncepcji studium należy wpisać w wyznaczonym miejscu.
3. Przy formułowaniu ewentualnych propozycji zmian w organizacji ruchu prosimy o dokładne podanie lokalizacji zmian (nazwy ulicy, nr posesji, odcinka – organicznego nr posesji, skrzyżowaniami dróg/ulic itp. );
4. Przy formułowaniu uwag, zmian lub opinii prosimy o wskazanie części studium, której one dotyczą (zapis studium do zmiany / korekty – strona, rozdział, punkt itp.);
5. Wypełniony formularz należy przekazać:
   a) pocztą, na adres: Urząd Miejski w Wadowicach, Pl. Jana Pawła II 23, 34-100 Wadowice;
   b) elektronicznie na adres e-mail: umwadowice@wadowice.pl. W temacie wiadomości e-mail należy wpisać **„Konsultacje społeczne koncepcji studium transportowego dla miasta Wadowice”.**
   c) osobiście w Biurze Obsługi Mieszkańca Urzędu Miejskiego w Wadowicach, pokój nr 7, parter, w godzinach pracy Urzędu;
   d) w trakcie spotkań konsultacyjnych z pracownikami Wydziału Infrastruktury i Rozwoju Urzędu Miejskiego w Wadowicach.
6. Formularz prosimy podpisać czytelnie imieniem i nazwiskiem wraz z podaniem adresu zameldowania.

**Jestem uczestnikiem ruchu drogowego:**

1. **Pieszym** ☐
2. **Rowerzystą** ☐
3. **Użytkownikiem komunikacji zbiorowej** ☐
4. **Kierowcą** ☐
5. **Uwagi, propozycje zmian, opinia do studium transportowego dla miasta Wadowice:**

| LP. | CZĘŚĆ STUDIUM, KTÓREGO DOTYCZY UWAGA/ZMIANA/OPINIA *(strona, rozdział, pkt itp.)* | ZAPIS W STUDIUM, KTÓREGO DOTYCZY UWAGA/ZMIANA/OPINIA | TREŚĆ UWAGI/ZMIANY/OPINII LUB ZAPROPONOWANY ZAPIS |
|---|---|---|---|
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 1. | 2. | 3. | 4. |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**UZASADNIENIE DO ZAPROPONOWANYCH UWAG/ZMIAN/OPINII LUP ZAPISÓW :**

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

.....
*Imię i Nazwisko*

.....

.....
*Adres zameldowania*

---

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb konsultacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).*