

**Starostwo Powiatowe
w Nowym Sączu
ul. Jagiellońska 33**

W N I O S E K

o usunięciu i unieszkodliwieniu odpadów zawierających azbest w ramach realizacji „Programu usuwania odpadów zawierających azbest z terenu powiatu nowosądeckiego”

1. Wnioskodawca (imię i nazwisko lub nazwa instytucji)

..... Tel.
.....

2. Adres wnioskodawcy

.....
.....

3. Adres obiektu lub nr działki, na której znajdują się odpady zawierające azbest

.....

4. Zakres prac niezbędnych do wykonania

.....

5. Całkowita powierzchnia elementów przewidzianych do usunięcia (w m²)

.....

6. Planowany termin wykonania prac

.....

Podpis wnioskodawcy

.....

- *Świadom odpowiedzialności karnej wynikającej z artykułu 233 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że posiadam tytuł prawny do nieruchomości, z której usuwane będą odpady.*
- *Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb realizacji w/w wniosku zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997r. o Ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami)*

.....
(data i podpis)