

(miejscowość, data)

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

(numer telefonu)

(Podanie nr telefonu jest dobrowolne.

Jego podanie oznacza wyrażenie zgody na przetwarzanie
tego numeru lub adresu do celów związanych
z załatwieniem niniejszego wniosku)

**Wniosek o zakwalifikowanie do programu
związanego z usuwaniem eternitu z terenu Gminy Gorzyce**

Ja niżej podpisana - podpisany (niepotrzebne skreślić), pouczona - pouczony
(niepotrzebne skreślić) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych
zeznań, oświadczam zgodnie z prawdą, że :

1. Dach - elewacja (niepotrzebne skreślić) budynku pod adresem :

pokryty jest eternitem płaskim - falistym (niepotrzebne skreślić).

2. Powierzchnia dachu lub elewacji wynosi _____ m².

3. Demontaż eternitu planuję na _____(miesiąc, rok).

4. Budynek po zdemontowaniu eternitu będzie poddany rozbiórce: TAK - NIE
(niepotrzebne skreślić).

5. W przypadku stopnia pilności równego II lub III posiadam środki finansowe na usunięcie starego pokrycia w wysokości 20% kosztów oraz w wysokości 100% na wykonanie nowego pokrycia.

6. Znany jest mi Regulaminem udziału w programie związanym z usuwaniem eternitu z terenu gminy Gorzyce.

7. W budynku nie jest prowadzona działalność gospodarcza.

8. W terminie 7 dni od złożenia niniejszego wniosku prześlę drogą elektroniczną na adres e-mail: gorzyce@gorzyce.pl kolorowe zdjęcie obiektu, z którego planowany jest demontaż azbestu lub miejsc składowania azbestu (w przypadku zbierania).

podpis