Formularz zgłaszania przedsięwzięcia rewitalizacyjnego w ramach Gminnego Programu Rewitalizacji Gminy Sękowa .

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA PROJEKTU/ PRZEDSIĘWZIĘCIA**  **W RAMACH**  **GMINNEGO PROGRAMU REWITALIZACJI GMINY SĘKOWA** | | | | | | |
| *Proszę podać tytuł:****PLAC ZABAW DLA DZIECI*** | | | | | | |
| **OPIS PROJEKTU** | | | | | | |
| ZAKRES REALIZOWANEGO PROJEKTU | | *Proszę opisać na czym będzie polegał projekt, wymienić działania, prace jakie będą potrzebne do realizacji zadania, kto jest odbiorcą Projektu*: WYKONANIE PLACU ZABAW WRAZ Z WPOSAŻENIEM PRACE POTZEBNE DO REELIZACJI ZADANIA TO BUDOWA PLACU ZAGOSPODOROWANIE TERWNU BUDOWA ŁAWECZEK DLA RODZICÓW .ODBIORCĄ SĄ DZIECI | | | | |
| LOKALIZACJA PROJEKTU/ MIEJSCE PROWADZENIA PRZEDSIĘWZIĘCIA | | *Proszę podać konkretną lokalizację, pełny adres miejsca realizacji przedsięwzięcia np. numer budynku i lokalu; dla projektu inwestycyjnego – numery działek i powierzchnię LOLALIZACJ TO PLC KOŁO OSP OWCZARY* | | | | |
| PODMIOTY REALIZUJĄCE  PROJEKT/PRZEDSIĘWZIĘCIE | | *Proszę wpisać podmiot odpowiedzialny za realizację projektu, kto będzie kierował i koordynował pracami w ramach zadania. Dodatkowo proszę wpisać osoby/podmioty, z którymi chcesz współpracować przy realizacji projektu: PODMIOTEM BENDZIE GMINA* | | | | |
| **PROGNOZOWANE REZULTATY WRAZ ZE SPOSOBEM ICH OCENY I ZMIERZENIA** | | | | | | |
| CEL(E) PROJEKTU | | *Uzasadnienie realizacji. Proszę opisać najważniejsze efekty, jakie chce się osiągnąć realizując projekt.* *W jaki sposób projekt wpłynie na poprawę życia mieszkańców? Do rozwiązania jakich problemów przyczyni się projekt? PROJEKT JEST KONIECZNY DLATEGO ŻE W MIEJSCOWOSCI NIEMA PLACÓW ZABAW A WINNYCH MIEJSCOWOSCIACH TAKIE PLACE SĄ. EFEKTY PROJEKTU TO ZAGOSPODROWNIE WOLNEGO CZASU DZIECI .SPOTYKANIE SIE Z RODZINĄ ,BEZPIECZNA ZABAW .PROJEKT PSZYCZYNI SIE DO ROZWIOZANIA PROBLEMOW ZWIOZANYCH Z DOJAZDEM DO INNYCH MIEJSCOWOSCI NA PLAC ZABAW GDYŻW GODZINACH POPOŁUDNIOWYCH NIEMA AUTOBUSU ,ANIE WSZYSCY MOGOM JEZDZIC SAMOCHODAMI* | | | | |
| STOPIEŃ REALIZACJI PROJEKTU | | *Proszę wpisać jaka dokumentacja dot. projektu zastała już przygotowana, posiadane dokumenty, zezwolenia, (np. studium wykonalności, raport oddziaływania na środowisko, kosztorys, itp.) lub wpisać brak wymaganych dokumentów.* BRAK WYMAGANYCH DOKUMENTÓW | | | | |
| **PRZEWIDYWANY TERMIN REALIZACJI PROJEKTU** | | | | **SZACOWANA WARTOŚĆ PROJEKTU/ PRZEDSIĘWZIĘCIA** | | **PRZEWIDYWANE ŹRÓDŁO FINANSOWANIA** |
| *Należy wpisać prognozowaną datę rozpoczęcia i zakończenia (kwartał i rok)* | | | | *Proszę określić przedział kosztów realizacji projektu.BRAK KOSZTORYSU* | | DOFINANSOWANIE Z SRODKÓW UIJNYCH BUDRZET GMINY |
| **INFORMACJA O OSOBIE SKŁADAJĄCEJ KARTĘ PROJEKTU/ PRZEDSIĘWZIĘCIA** | | | | | | |
| Imię i nazwisko osoby zgłaszającej | | | Adres | | Tel. kontaktowy: | |
| Osoba prywatna | Instytucja | |
|  |  | | *Wpis nieobowiązkowy w przypadku osoby prywatnej* | |  | |