**Formularz konsultacyjny**

**dotyczący projektu uchwały Rady Gminy Rytro w sprawie wyznaczenia obszaru zdegradowanego i obszaru rewitalizacji Gminy Rytro**

Na podstawie art. 10 pkt 2 ustawy z dnia 9 października 2015 r. o rewitalizacji obszar rewitalizacji nie może być większy niż 20% powierzchni gminy oraz zamieszkały przez więcej niż 30% liczby mieszkańców gminy. Obszar rewitalizacji może być również podzielony na podobszary, w tym podobszary nieposiadające ze sobą wspólnych granic. Zaproponowany w projekcie uchwały obszar rewitalizacji zajmuje ok. 4,06 % powierzchni Gminy Rytro i zamieszkały jest przez ok. 29,85 % mieszkańców Gminy.

1. Proszę o zaznaczenie znakiem „X” w tabeli Pani/Pana opinii na temat przedstawionej propozycji wyznaczenia granic **obszaru zdegradowanego** na terenie Gminy Rytro.

|  |  |
| --- | --- |
| a) zdecydowanie pozytywna |  |
| b) pozytywna |  |
| c) negatywna |  |
| d) zdecydowanie negatywna |  |
| e) trudno powiedzieć |  |

*Krótkie uzasadnienie:*

Propozycje ewentualnych zmian obszaru zdegradowanego na terenie Gminy Rytro wraz z uzasadnieniem **zawierającym konkretne dane statystyczne** uzasadniające wyznaczenie dodatkowego obszaru.

*Uzasadnienie, wraz z konkretnymi, policzalnymi danymi, które stanowią przesłankę do wyznaczenia dodatkowego obszaru:*

2. Proszę o zaznaczenie znakiem „X” w tabeli Pani/Pana opinii na temat przedstawionej propozycji wyznaczenia granic **obszaru rewitalizacji** na terenie Gminy Rytro.

|  |  |
| --- | --- |
| a) zdecydowanie pozytywna |  |
| b) pozytywna |  |
| c) negatywna |  |
| d) zdecydowanie negatywna |  |
| e) trudno powiedzieć |  |

*Krótkie uzasadnienie:*

Propozycje ewentualnych zmian granic obszaru rewitalizacji na terenie Gminy Rytro wraz z uzasadnieniem ze wskazaniem przesłanek oraz **konkretnych danych statystyczne** uzasadniających wyznaczenie dodatkowego obszaru.

*Uzasadnienie, wraz z konkretnymi, policzalnymi danymi, które stanowią przesłankę do wyznaczenie dodatkowego obszaru:*

3. Dodatkowe propozycje i sugestie dotyczące przedmiotu konsultacji

**Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby wypełniającej formularz oraz kontakt:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Imię i nazwisko | Data i odpis | Numer telefonu | Adres poczty elektronicznej |

**Uwaga!**

Propozycje i opinie zgłoszone na formularzu konsultacji niepodpisanym czytelnie imieniem i nazwiskiem nie będą rozpatrywane.