Urząd Miejski w Starachowicach
ul. Radomska 45, 27-200 Starachowice
9639/21/BOM
Wpłynęło dn. 16-07-2021
Przyjęto przez:
Aleksandra Malesza
0540022BEL

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZADANIA DO BUDŻETU OBYWATELSKIEGO W RAMACH BUDŻETU MIASTA STARACHOWICE

Imię i nazwisko zgłaszającego zadanie**	MAGDALENA MACIĄG
Adres zameldowania *Formularz można złożyć jedynie dla okręgu miasta właściwego dla swojego miejsca zamieszkania (patrz wykaz okręgów miasta)*	
Data urodzenia	
Numer telefonu	
Adres e –mail	

Nazwa zadania:

MIEJSKI PROGRAM IN VITRO DLA STARACHOWIC

Lokalizacja nieruchomości w obrębie, której winno zostać zrealizowane zadanie:

STARACHOWICE

Szacunkowy koszt realizacji zadania*
z zastrzeżeniem, iż wartość prac nie może przekraczać łącznie kwoty .utworzonej w budżecie miasta na dany rok dla wydatków objętych Budżetem Obywatelskim

600 000 zł

*przedstawione koszty są szacunkowe i poglądowe, koszt realizacji może ulec zmianie w zależności od ostatecznego zakresu inwestycji

Mag

SZCZEGÓŁOWY OPIS ZADANIA

Uzasadnienie realizacji zadania

Proszę w kilku zdaniach opisać np.:

- *Jaki problem rozwiąże zrealizowanie zadania?*
- *Wpływ realizacji zadania na życie mieszkańców wraz z planowanymi do osiągnięcia rezultatami?*
- *Na ile jest on niezbędny do realizacji?*
- *Wskazać lokalizację zadania np.: na załączonej mapce.*

W PROGRAMIE ROZWOJU LOKALNEGO (2020r.), W DIAGNOZIE MIASTA, JEST INFORMACJA: „DANE i PROGNOZY STATYSTYCZNE DLA MIASTA NIE POZOSTAWIAJĄ ZŁUDZEŃ - STARACHOWICE WYMIERAJĄ".
W 2050r. LICZBA LUDNOŚCI, PROGNOZOWANA TO 34 413 osób. ZREALIZOWANIE ZADANIA BĘDZIE PRÓBĄ PRZECIWSTAWIENIA SIĘ TEMU TRENDOWI, A OSTATECZNIE POWINIEN TO BYĆ STALY ELEMENT BUDŻETU MIASTA ROK ROCZNIE.

PROGRAMY IN VITRO FUNKCJONUJĄ W RÓŻNYCH MIASTACH W POLSCE. POMOC SAMORZĄDU PAROM MIESZKAJĄCYM I PŁACĄCYM PODATKI W STARACHOWICACH, BYŁABY WSKAZANA, JEŚLI GMINA CHCE ZAWALCZYĆ, BY STARACHOWICE NIE WYMARŁY.

Ewentualne załączniki i dodatkowe materiały:

- *Mapy.*
- *Zdjęcia.*
- *Inne (np. dodatkowe ekspertyzy, rekomendacje, plany, kosztorysy, analizy prawne).*

Harmonogram działań związanych z wykonaniem zadania:

(w przypadku większej ilości zadań proszę dodać kolejny wiersz)

Opis działania: *Proszę podać niezbędne zdaniem Państwa działania do wykonania zadania.*	
1.	POWOŁANIE EKSPERTÓW Z ZAKRESU OCHRONY ZDROWIA
2.	PRZYGOTOWANIE GMINNEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO
3.	OPRACOWANIE REGULAMINU
4.	WDROŻENIE PROGRAMU IN VITRO
5.	SPRAWOZDANIE

Nap

OŚWIADCZENIA:

- Zgodnie z Ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 666, poz. 1333) wyrażam zgodę na zrzeczenie się praw autorskich do niniejszego zadania.
- Oświadczam, że wszystkie dane podane w formularzu oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

Podpis (imię i nazwisko) i data składającego formularz:
Magdalena Nowak, 16.07.2021 r.

Podpis (imię i nazwisko) i data dotyczący zgody na przetwarzanie danych osobowych:**
Magdalena Nowak, 16.07.2021 r.

Nowak