

Załącznik nr 6

Swarzędz, dn.....

.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer telefonu

**Centrum Usług Społecznych w Swarzędzu**

**ul. Poznańska 25**

**62-020 Swarzędz**

### **Wniosek**

Zwracam się z prośbą o objęcie mnie wsparciem w formie usług  
..... w ramach projektu pt. „Świt-  
Środowiskowe Wsparcie Integracja Terapia- usługi społeczne dla mieszkańców Gminy Swarzędz  
na lata 2023-2026” realizowanego w ramach Funduszy Europejskich dla Wielkopolski na lata  
2021-2027 Priorytet 6, Działanie 06.13 Usługi społeczne i zdrowotne

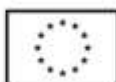
.....

podpis Wnioskodawcy



Fundusze Europejskie  
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



SAMORZĄD  
WOJEWÓDZTWA  
WIELKOPOLSKIEGO

---

---