|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Podmiot sprawozdający \* |  | | | |
|  | | | |
| Obszar tematyczny \* |  | | | |
|  | | | |
| Cel ogólny \* |  | | | |
|  | | | |
| Cel szczegółowy \* |  | | | |
|  | | | |
| Zadanie \* |  | | | |
|  | | | |
| Zadanie własne \* |  | | | |
| tutaj opis pola | | | |
| Grupa odbiorców | Nazwa grupy odbiorców | | Liczba zakładana | |
|  | |  | |
| Proszę podać grupę odbiorców oraz liczbę zakładaną odnoszącą się do tej grupy | | | |
| Podmiot realizujący zadanie \* |  | | | |
|  | | | |
| Typ instytucji realizującej zadanie | Instytucja rządowa | | |  |
| Instytucja samorządowa | | |  |
| Jednostka nadzorowana | | |  |
| Jednostka podległa | | |  |
| Organizacja pozarządowa fundacja | | |  |
| Organizacja pozarządowa stowarzyszenie | | |  |
| inne | | |  |
| Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok jednej z nazw | | | |
| Organizacja Pożytku Publicznego | ~~TAK~~ / NIE | | | |
| Proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź | | | |
| Kontynuacja zadania | TAK / ~~NIE~~ | | | |
| Proszę skreślić niewłaściwą odpowiedź | | | |
| Zasięg | ogólnopolski | | |  |
| regionalny | | |  |
| wojewódzki | | |  |
| powiatowy | | |  |
| Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok jednej z pozycji.  W przypadku wyboru pozycji „zasięg wojewódzki”, prosimy podać nazwę województwa, w miejscu zakropkowanym. | | | |
| Spójność tematyczna z innymi krajowymi programami | alkohol | | |  |
| narkotyki | | |  |
| przemoc | | |  |
| dzieci i młodzież | | |  |
| zdrowie prokreacyjne | | |  |
| polityka prorodzinna | | |  |
| inne | | |  |
| nie dotyczy | | |  |
| Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok wybranych pozycji. | | | |
| Termin realizacji zadania |  | | | |
| Data od – do w formacie yyyy-mm-dd | | | |
| Planowana kwota realizacji całego zadania |  | | | |
| tutaj opis pola | | | |
| Rodzaj wsparcia zadań z innych źródeł | Nazwa | Kwota planowana | | |
| Marszałek |  | | |
| Wojewoda |  | | |
| Państwowa Inspekcja Sanitarna |  | | |
| Krajowe Centrum ds. Aids |  | | |
| Organizacja pozarządowa |  | | |
| Starostwo Powiatowe |  | | |
| Urząd Miasta |  | | |
| Urząd Gminy |  | | |
| Sponsor prywatny |  | | |
| inne |  | | |
| Proszę podać kwoty w wierszu odpowiadającym źródłom dofinansowania. | | | |
| pozafinansowe - lokal | | |  |
| pozafinansowe - sprzęt | | |  |
| pozafinansowe - kadra | | |  |
| pozafinansowe – materiały informacyjne | | |  |
| pozafinansowe - wolontariat | | |  |
| pozafinansowe - inne | | |  |
| zadanie realizowane w ramach zadań statutowych | | |  |
| zadanie realizowane przez pracownika w ramach etatu | | |  |
| Proszę postawić krzyżyk (X) w polu obok wybranych pozycji. | | | |