..................................... Bestwina dnia ......................

 (Nazwisko i imię lub nazwa firmy)

.....................................

 (Ulica)

.....................................

 (Miejscowość)

.....................................

.....................................

 (Nr telefonu, adres e-mail)

 *(dane dobrowolne)*

**WÓJT GMINY BESTWINA**

**WNIOSEK**

o sporządzenie zmiany studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego / miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego

Na podstawie ustawy z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (j. t. z 2017 r. poz. 1073 ze zmianami) zwracam się o zmianę:

□ studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy Bestwina \*

□ miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego \*

**(\* właściwe zaznaczyć)**

Dla działki o nr ewidencyjnym …………………………………………………………

.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Obręb ewidencyjny……………………………………

Proponowane przeznaczenie terenu (ewentualnie określenie planowanej inwestycji) …………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..........................................

(podpis wnioskodawcy)