|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (pieczęć podmiotu wnioskującego o wydanie zezwolenia) | | Wójt Gminy Manowo  76-015 Manowo 40    (nazwa i adres organu wydającego zezwolenie) | |
| Wniosek o wydanie zezwolenia na prowadzenie placówki wsparcia dziennego | | | |
| Podstawa prawna: art. 19 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 697 z późn. zm.) | | | |
|  | | | |
| I. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy | | | |
| 1. Nazwa podmiotu wnioskującego i forma prawna podmiotu: | | | |
| 2. NIP: 3. REGON: 4. Nr właściwego rejestru: | | | |
| 5. Imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu: | | | |
| 6. Adres wnioskodawcy: | | | |
| 6.1. Kraj: | 6.2. Województwo: | 6.3. Powiat: | 6.4 Gmina: |
| 6.5 Miejscowość: | 6.6. Ulica | 6.7. Nr nieruchomości: | 6.8. Nr lokalu |
| 6.9 Kod pocztowy: | | 6.10. Poczta: | |
| 7. Dane kontaktowe: | | | |
| 7.1. Numer telefonu: | | 7.2. Numer faksu: | |
| 7.3. Adres poczty elektronicznej: | | 7.4. Strona internetowa: | |
| II. Dane dotyczące placówki wsparcia dziennego | | | |
| 1. Forma organizacyjna placówki (art. 24 ww. ustawy): 2. Nazwa placówki : | | | |
| 3. Imię i nazwisko osoby/osób uprawnionych do reprezentowania placówki: | | | |
| 4. Adres placówki: | | | |
| 4.1. Kraj: | 4.2. Województwo: | 4.3. Powiat: | 4.4 Gmina: |
| 4.5 Miejscowość: | 4.6. Ulica | 4.7. Nr nieruchomości: | 4.8. Nr lokalu |
| 4.9 Kod pocztowy: | | 4.10. Poczta: | |
| 5. Dane kontaktowe: | | | |
| 5.1. Numer telefonu: | | 5.2. Numer faksu: | |
| 5.3. Adres poczty elektronicznej: | | 5.4. Strona internetowa: | |
| 6. Informacja o działalności placówki: | | | |
| 6.1. Liczba miejsc w placówce: 6.2. Liczba dzieci objętych opieką i wychowaniem w placówce: | | | |
| 6.3. Formy wsparcia zapewniane w placówce (art. 24 ust. 2, 3, 4 ww. ustawy): | | | |
| 7. Informacja dot. osób zatrudnionych w placówce: | | | |
| 7.1. Kierownik placówki: | | 7.1.1. Kwalifikacje | |
| 7.2. Osoby pracujące z dziećmi: wychowawca: ……………………………………………. pedagog: ………………………………………………….. ………………..:…………………………………………… ………………..: …………………………………………… | | 7.2.1. Kwalifikacje  …………………………………………………………………  …………………………………………………………………  …………………………………………………………………  ………………………………………………………………… | |
| Miejscowość i data wypełnienia wniosku | | Podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu | |
|  | | | |

Załączniki[[1]](#footnote-1):

1. ⁭ Dokument potwierdzający tytuł prawny do nieruchomości na terenie, której placówka wsparcia dziennego ma prowadzić działalność. \*
2. ⁭ Odpis z właściwego rejestru.
3. ⁭ Pozytywne opinie właściwego miejscowo komendanta powiatowego lub miejskiego Państwowej Straży Pożarnej i właściwego państwowego inspektora sanitarnego o warunkach bezpieczeństwa i higieny w budynku, w którym będzie mieścić się placówka wsparcia dziennego mając na uwadze specyfikę placówki.[[2]](#footnote-2)
4. ⁭ Statut placówki wsparcia dziennego lub jego projekt. **\***
5. ⁭ Regulamin organizacyjny placówki wsparcia dziennego lub jego projekt. **\***
6. ⁭ Informację o sposobie finansowania placówki wsparcia dziennego oraz o niezaleganiu w regulowaniu zobowiązań podatkowych i składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarancyjnych Świadczeń Pracowniczych.
7. ⁭Pełnomocnictwo, jeżeli wnioskodawca działa poprzez pełnomocnika. **\***

1. Dołączone załączniki oznaczyć „X” [↑](#footnote-ref-1)
2. Dokumenty wymienione w poz. 1, 3, 4, 5 i 7 mogą być dołączone, jako kopie lecz muszą być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu [↑](#footnote-ref-2)