

WZÓR  
Wniosek o zezwolenie

Na prowadzenie w ramach działalności statutowej placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku

1. Nazwa placówki .....
2. Adres .....
3. Przeznaczenie placówki .....
4. Liczba miejsc dla mieszkańców .....
5. Struktura zatrudnienia i zakres świadczonych usług w placówce.....
6. Dane o:
  1. podmiocie występującym z wnioskiem:
    - nazwa .....
    - adres .....
    - numer telefonu ..... Numer faksu .....
    - numer identyfikacyjny REGON .....
    - numer identyfikacji podatkowej NIP .....
  2. osobie, która będzie kierowała placówką:
    - imię i nazwisko .....
    - adres zamieszkania .....
    - Data urodzenia ..... numer PESEL .....
    - Numer telefonu w miejscu zamieszkania ..... numer faksu.....
7. Wnoszę o wydanie zezwolenia na czas: określony, nieokreślony<sup>1</sup>.

.....  
(Miejscowość , data)

.....  
(podpis osoby upoważnionej  
do złożenia wniosku)

Załączniki:

1) .....

- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

Potwierdzam dane osobowe i dane identyfikacyjne na podstawie okazanych dokumentów oraz przyjęcie określonych we wniosku załączników.

.....  
(Miejscowość , data)

.....  
(podpis i pieczętka osoby  
Przyjmującej wniosek)

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić