

.....
.....
.....
(Nazwa lub imię i nazwisko oraz siedziba lub
adres podmiotu prowadzącego)

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczamy, że nie wydano wobec podmiotu prowadzącego placówkę

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

orzeczenia zakazującego wykonywania działalności objętej zezwoleniem
na prowadzenie placówki wsparcia dziennego.

.....
(pieczęć podmiotu prowadzącego
placówkę)

.....
(podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania placówki)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

*Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie
prawdy.*