|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | |
| (pieczęć podmiotu wnioskującego o wydanie zezwolenia) | | |  | |
| **WNIOSEK**  **O WYDANIE ZEZWOLENIA NA PROWADZENIE**  **PLACÓWKI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZEJ,**  **REGIONALNEJ PLACÓWKI OPIEKUŃCZO-TERAPEUTYCZNEJ**  **LUB INTERWENCYJNEGO OŚRODKA PREADOPCYJNEGO** | | | | |
| 1. | Wojewoda, do którego kierowany jest wniosek | | | |
|  |  |  | |  |
|  |  | | | |
| 2. | Nazwa podmiotu wnioskującego o wydanie zezwolenia na prowadzenie placówki opiekuńczo- -wychowawczej, regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej lub interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego | | | |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  | | | |
| 3. | Forma prawna podmiotu wnioskującego o wydanie zezwolenia na prowadzenie placówki opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej lub interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego | | | |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  | | | |
| 4. | Siedziba podmiotu wnioskującego o wydanie zezwolenia na prowadzenie placówki opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej lub interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego (adres, telefon, faks) | | | |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5. | Nazwa placówki opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej lub interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | | |
| 6. | Adres placówki opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej lub interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | | |
| 7. | Typ placówki opiekuńczo-wychowawczej | | |
|  |  |  |  |
|  |  | | |
| 8. | Liczba miejsc w placówce opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówce opiekuńczo- -terapeutycznej lub interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | | |
| 9. | Opis warunków lokalowych | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | | |
| 10. | Opis organizacji pracy w placówce opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej lub interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | | |
| 11. | Informacja na temat dotychczasowych doświadczeń w organizowaniu opieki nad dzieckiem | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12. | Struktura zatrudnienia i kwalifikacje pracowników zatrudnionych w placówce opiekuńczo- -wychowawczej, regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej lub interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
| 13. | Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień w zakresie tworzenia i działalności placówki opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej lub interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego | | | | | | | | |
|  | imię i nazwisko | |  | | | | | |  |
|  | adres zamieszkania | | |  | | | | |  |
|  | numer PESEL\* | |  | | | | | |  |
|  | numer telefonu w miejscu zamieszkania | | | | |  | | |  |
|  | numer telefonu komórkowego osoby upoważnionej do składania wyjaśnień | | | | | | | |  |
|  |  |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
| 14. | Dane osoby, która będzie kierowała placówką opiekuńczo-wychowawczą, regionalną placówką opiekuńczo-terapeutyczną lub interwencyjnym ośrodkiem preadopcyjnym | | | | | | | | |
|  | imię i nazwisko | |  | | | | | |  |
|  | adres zamieszkania | | |  | | | | |  |
|  | numer PESEL\* | |  | | | | | |  |
|  | numer telefonu w miejscu zamieszkania | | | | |  | | |  |
|  | numer telefonu komórkowego osoby, która będzie kierowała placówką opiekuńczo- -wychowawczą, regionalną placówką opiekuńczo-terapeutyczną lub interwencyjnym ośrodkiem preadopcyjnym | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  | (miejscowość, data) | | | |  | | (podpis osoby składającej wniosek) |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Załączniki | | | | | | |
| 1) |  |  | 6) |  | |  |
|  | | |  | | | |
| 2) |  |  | 7) |  | |  |
|  | | |  | | | |
| 3) |  |  | 8) |  | |  |
|  | | |  | | | |
| 4) |  |  | 9) |  | |  |
|  | | |  | | | |
| 5) |  |  | 10) | |  |  |
|  | | |  | | | |

\* W przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.