**Wnioskodawca:**

**\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**(imię i nazwisko)**

**\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**(adres korespondencyjny wraz z kodem pocztowym)**

**\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Ministerstwo Zdrowia**

**Departament Rozwoju Kadr Medycznych**

**ul. Miodowa 15**

**00-952 Warszawa**

##### (nr telefonu)

**\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**(adres e-mail)**

**Wniosek**

**o wydanie pozytywnej opinii Ministra Zdrowia w sprawie spełnienia wymagań określonych w art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. *– Prawo oświatowe*(Dz. U. z 2024 r. poz. 737),**

**dotyczący zawodu:**

**\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ *Nazwa i symbol cyfrowy zawodu*\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

I. INFORMACJE O SZKOLE

1. Nazwa szkoły: **\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_**
2. Adres siedziby szkoły: **\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_**
3. Adres do korespondencji: **\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**
4. Forma kształcenia: **\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**
5. Data rozpoczęcia kształcenia w zawodzie: **\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**
6. Organ/osoba prowadząca szkołę: **\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_**

**II. WYKAZ WYMAGANYCH DOKUMENTÓW**

**1) statut szkoły** – w statucie szkoły powinny być zawarte między innymi następujące informacje:

1. nazwa, typ szkoły, cele i zadania szkoły,
2. organ prowadzący/osoba prowadząca szkołę,
3. organy szkoły i ich kompetencje,
4. organizacja szkoły,
5. zakres zadań nauczycieli oraz innych pracowników szkoły,
6. społeczność szkolna – prawa i obowiązki uczniów/słuchaczy szkoły,
7. rodzaje nagród i kar oraz tryb odwołania się od kary,
8. zasady przyjmowania słuchaczy do szkoły,
9. szczegółowa organizacja praktycznej nauki zawodu,

**2) wewnątrzszkolny system oceniania** –dokument powinien zawierać informacje dotyczącewarunków i zasad oceniania wewnątrzszkolnego,

**3) wykaz kadry pedagogicznej**,

**4) praktyczna nauka zawodu** (deklaracje współpracy bądź umowy przedwstępne dotyczące praktyk zawodowych),

**5) zobowiązanie do przestrzegania wymagań** określonych w art. 14 ust. 3 ustawy z dnia   
14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2024 r. poz. 737),

**6) szkolny plan nauczania**,

**7) wykaz bazy dydaktycznej** - wykaz powinien być zgodny z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. *w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego* (Dz. U. z 2019 r. poz. 991, z późn. zm.),

**8) opinia straży pożarnej o warunkach bezpieczeństwa pracy w szkole,**

**9) opinia stacji sanitarno – epidemiologicznej o warunkach higieny pracy w szkole,**

**10) umowy najmu/własności.**

………………………………….

**(data i podpis wnioskodawcy)**

**Informacje dodatkowe:**

W przypadku ubiegania się o opinię dla więcej niż jednego zawodu, prosimy o przesłanie oddzielnego kompletu dokumentów dla każdego zawodu. Wniosek wraz z załącznikami, prosimy wpiąć *w skoroszyt do segregatora* format A4 i przesłać do Ministerstwa Zdrowia na adres:   
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa**,** Departament Rozwoju Kadr Medycznych.