……………………………………………..

Pieczęć szkoły

**Deklaracja przystąpienia do programu**

**„ARS, czyli jak dbać o miłość”**

**rok szkolny 2023/2024**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa i adres szkoły** | **Typ/profil** | **Klasa** | **Liczba uczniów** |
| 1 |  | Liceum Ogólnokształcące |  |  |
| 2 | Branżowa Szkoła  1 stopnia  Zasadnicza Szkoła Zawodowa |  |  |
| 3 | Technikum |  |  |

**Imię i nazwisko oraz e-mail szkolnego koordynatora** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane teleadresowe szkoły** (mail, nr telefonu, faksu)…………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Zgodę na realizację programu w placówce uzyskano od:**

…………………………………………..

Podpis i pieczątka dyrektora

Deklarację prosimy przesłać do dnia **22 września 2023 r.** pocztą tradycyjną pod adresem: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, ul. Mościckiego 10, 33-100 Tarnów   
lub faksem: (14) 621 75 43, lub e-mailem: hdmipz.psse.tarnow@sanepid.gov.pl