

Szczecin, dn.....

.....
(imię i nazwisko lub nazwa instytucji)

.....
(adres korespondencyjny)

.....
(kod pocztowy i miasto)

.....
(telefon kontaktowy)

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
ul. Wincentego Pola 6
71-342 Szczecin

Wniosek o wydanie opinii sanitarnej dla placówki kształcenia ustawicznego

.....
(forma organizacyjna, typ i rodzaj placówki kształcenia ustawicznego)

.....
(nazwa placówki kształcenia ustawicznego)

.....
(nazwa lub imię i nazwisko podmiotu prowadzącego placówkę kształcenia ustawicznego)

.....
(miejsce prowadzenia placówki kształcenia ustawicznego (adres))

.....
(cel wydania opinii sanitarnej (rejestracja, zmiana adresu itp.))

.....
(określenie rodzaju użytkowania budynku i jego przeznaczenie np. budynek mieszkalny wielorodzinny, jednorodzinny, usługowy, cele oświatowe, na parterze, piętrze, adaptacja itp.)

Dokumenty niezbędne do wydania opinii sanitarnej:

- opis technologiczny pomieszczeń zawierający informacje określone na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach, rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie i ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe,
- statut placówki kształcenia ustawicznego lub jej projekt,
- dokument dotyczący pomiaru natężenia oświetlenia w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt słuchaczy,
- protokół kominiarski i/lub badania skuteczności wentylacji mechanicznej,
- protokół przeglądu instalacji gazowej,
- atesty i certyfikaty dla wyposażenia lokalu,
- umowa na odbieranie odpadów komunalnych,
- oświadczenie o posiadaniu tytułu prawnego do lokalu,
- w przypadku placówki prowadzącej kształcenie zawodowe - dokument potwierdzający możliwość realizacji praktycznej nauki zawodu.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Szczecinie informuje, że w wyniku przeprowadzonej kontroli oraz analizy przedłożonych dokumentów może zażądać dodatkowej informacji.

.....
podpis

Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży
Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie

Zał. Nr 1

DANE ZOBOWIĄZANEGO

Nazwisko

Imię

NIP Regon lub PESEL.....

ADRES ZAMIESZKANIA

MiejscowośćKod pocztowy.....

Ulica.....Nr domu.....Nr lokalu.....

Poczta.....Skrytka pocztowa.....

Telefon.....

NAZWA SPÓŁKI, ZAKŁADU, PRZEDSIĘBIORSTWA

.....

MiejscowośćKod pocztowy.....

Ulica.....Nr domu.....Nr lokalu.....

Spółka nr rej. w sądzie.....NIP.....

Regon.....Pesel.....