

.....
(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.