

Załącznik do rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2005 r. (poz. 740)

### WZÓR

#### Wniosek o zezwolenie

na prowadzenie w ramach działalności statutowej placówki  
zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym  
lub osobom w podeszłym wieku

1. Nazwa placówki .....

2. Adres .....

3. Przeznaczenie placówki .....

.....

4. Liczba miejsc dla mieszkańców .....

5. Struktura zatrudnienia i zakres usług świadczonych w placówce .....

.....

.....

.....

.....

6. Dane o:

1) podmiocie występującym z wnioskiem:

nazwa .....

.....

adres .....

numer telefonu ..... numer faksu .....

numer identyfikacyjny REGON ..... numer identyfikacji podatkowej NIP .....

2) osobie, która będzie kierowała placówką:

imię i nazwisko .....

adres zamieszkania .....

data urodzenia ..... numer PESEL .....

numer telefonu w miejscu zamieszkania ..... numer faksu .....

7. Wnoszę o wydanie zezwolenia na czas: określony, nieokreślony<sup>1)</sup>.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby upoważnionej  
do złożenia wniosku)

Załączniki:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

Potwierdzam dane osobowe i dane identyfikacyjne na podstawie okazanych dokumentów oraz przyjęcie określonych we wniosku załączników.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć osoby przyjmującej wniosek)

1) Niepotrzebne skreślić.