Olsztyn, dnia ........................................

Osoba prowadząca szkołę/placówkę

..................................................................

Miejsce zamieszkania/siedziba

..................................................................

Telefon.....................................................

Numer ewidencyjny, pod którym

wpisana została szkoła/placówka

..............................................................

**STAROSTA OLSZTYŃSKI**

**Plac Bema 5**

**10-516 Olsztyn**

**ZAWIADOMIENIE**

# o niepodjęciu, zaprzestaniu działalności przez szkołę/placówkę niepubliczną;

**o zamiarze likwidacji szkoły/placówki niepublicznej\***

Uprzejmie informuję, że szkoła/placówka .......................................................................

.......................................................................................................................................................

- nie podjęła działalności w terminie wskazanym w zgłoszeniu do ewidencji z powodu\*

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

- zaprzestała działalność przez okres dłuższy niż trzy miesiące z powodu\*

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Zamierzam zlikwidować szkołę/placówkę ……………………………………………..……..…

.......................................................................................................................................................

z dniem ......................................... z powodu\* .............................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Dokumentację przebiegu nauczania zlikwidowanej szkoły/placówki przekażę organowi sprawującemu nadzór pedagogiczny, w terminie jednego miesiąca od dnia zakończenia likwidacji.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji tego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 ze zm.).

..........................................................................................................................................

*data i podpis (nazwisko, imię)*

\* niepotrzebne skreślić