……………………………………… ……………………………………………

(pieczęć jednostki: szkoły/placówki) (miejscowość i data)

**Starosta Słupski**

**ul. Szarych Szeregów 14**

**76 – 200 Słupsk**

**WNIOSEK O UDZIELENIE DOTACJI**

**NA ROK …………**

|  |
| --- |
| SYMBOL CUW 04 |

1. Dane szkoły/placówki\*.

1) Pełna nazwa:

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

2) Adres:

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

3) Telefon oraz e-mail:

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

4) REGON:

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

5) NIP:

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

6) Typ:

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

7) Rodzaj:

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

2. Dane organu prowadzącego jednostkę oświatową.

1) Nazwa osoby:

…………………………………………………………………………………………………

2) Siedziba/adres:

…………………………………………………………………………………………………

3) Telefon/e-mail:

…………………………………………………………………………………………………

3. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania szkoły/placówki\*.

1) Imię i nazwisko:

…………………………………………………………………………………………………

2) Tytuł/pełniona funkcja:

…………………………………………………………………………………………………

4. Numer i data zaświadczenia o wpisie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych/zezwolenia na założenie szkoły lub placówki\*:

…………………………………………………………………………………………………

5. Numer i data wydania decyzji o nadaniu szkole/placówce\* uprawnień szkoły publicznej\*\*:

…………………………………………………………………………………………………

6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na który należy przekazywać dotację:

…………………………………………………………………………………………………

7. Planowana liczba uczniów/słuchaczy/wychowanków\*\*\*:

1. w okresie od stycznia do sierpnia ………………., w tym:

- ……………. uczniów objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju\*\*\*,

- ……………. uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych\*\*\*,

- ……………. uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego\*\*\*:

wydanym z uwagi na: …………………………………………………………………;

1. w okresie od września do grudnia ………………., w tym:

- ……………. uczniów objętych wczesnym wspomaganiem rozwoju\*\*\*,

- ……………. uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych\*\*\*,

- ……………. uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego\*\*\*:

wydanym z uwagi na: ………………………………………………………………….

8. Planowana liczba słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych\*\*\*:

1. w okresie od stycznia do sierpnia ……………………………………………………
2. w okresie od września do grudnia …………………………………………………...

9. Planowana liczba miejsc noclegowych w ciągu roku\*\*\*: ………………………………

10. Liczba uczniów liceów ogólnokształcących dla dorosłych/szkół policealnych\*, niebędących szkołami specjalnymi, którzy zdali\*\*\*:

1) egzamin maturalny - …………………………………..

2) egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodzie - ………………………….

W załączeniu lista tych uczniów, wraz z zaświadczeniami o uzyskaniu przez nich świadectwa dojrzałości, bądź dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe.

…………………………………………………...

(pieczęć i czytelny podpis osoby prowadzącej

lub przez nią upoważnionej)

\* niepotrzebne skreślić

\*\*zgodnie z aktualnym wpisem do ewidencji oraz decyzją o przyznaniu uprawnień szkoły publicznej

\*\*\* wypełnić jeśli dotyczy