Dane wnioskodawcy: ……………, dnia…..…………… ..………………………………………………

 (imię i nazwisko)

 ………………………………………………

 (nazwa)

………………………………………………

 (adres miejsca zamieszkania)

………………………………………………

 (telefon kontaktowy)

………………………………………………

 (NIP) (PESEL)

**Starostwo Powiatowe w Choszcznie**

**ul. Nadbrzeżna 2**

**73-200 Choszczno**

Wniosek o wykreślenie z ewidencji niepublicznej szkoły/placówki

1. Oznaczenie osoby prowadzącej szkołę lub placówkę, jej miejsce zamieszkania lub siedziby: .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................. 2. Nazwa i adres szkoły/placówki ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................3. Nr wpisu do ewidencji szkół/placówek oświatowych .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................. 4. Przyczyna złożenia wniosku o dokonaniu wykreślenia wpisu z ewidencji: .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................. 5. Termin zaprzestania działalności przez szkołę / placówkę …………………………………..

………………………………………………

(data i podpis osoby prowadzącej placówkę)