



Urząd Miasta Szczecin
Wydział Spraw Społecznych
pl. Armii Krajowej 1, 70-456 Szczecin
tel. + 48 91 42 45 672, fax: + 48 91 42 45 671
wss@um.szczecin.pl · www.szczecin.pl

WSS-6

Szczecin, dn.

WNIOSEK
o wydanie zezwolenia na prowadzenie
Placówki Wsparcia Dziennego

Podstawa prawna: art. 18 b, art. 19, art. 20, art. 24 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. 2025 r. poz. 49)			
I. Dane identyfikacyjne wnioskodawcy			
1. Nazwa wnioskodawcy i forma prawna podmiotu:			
2. NIP	3. REGON	4. Nr właściwego rejestru:	
5. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy:			
6. Adres wnioskodawcy			
6.1. Kraj:	6.2. Województwo:	6.3. Powiat:	6.4. Gmina:
6.5. Miejscowość:	6.6. Ulica:	6.7. Nr nieruchomości	6.8. Nr lokalu
6.9. Kod pocztowy:		6.10. Poczta:	
II. Dane do wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie Placówki Wsparcia Dziennego			
1. Forma organizacyjna placówki i jej nazwa (art. 24 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej)			
2. Miejsce prowadzenia Placówki Wsparcia Dziennego			
2.1. Miejscowość:	2.2. Ulica:	2.3. Nr nieruchomości:	2.4. Nr lokalu:
2.5. Kod pocztowy:		2.6. Poczta:	
III. Dane do kontaktu (dane nieobowiązkowe)			
1. Numer telefonu:		2. Adres poczty elektronicznej:	
3. Numer faksu:		4. Strona www:	

IV. Informacja o liczbie miejsc w placówce i oraz o zapewnianych w placówce formach wsparcia

Liczba miejsc w placówce: (w przypadku prowadzenia placówki w formie połączonej proszę wskazać liczbę miejsc odrębnie dla każdej z form)

Formy wsparcia zapewniane w placówce (art. 24 ust. 2, 3, 4 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej) zgodnie z regulaminem organizacyjnym placówki (placówki prowadzone w formie połączonej zaznaczają wszystkie realizowane przez siebie formy wsparcia):

- 1) placówka opiekuńcza:
 - ☐ opieka i wychowanie
 - ☐ pomoc w nauce
 - ☐ organizacja czasu wolnego, zabawa, zajęcia sportowe, rozwój zainteresowań
- 2) placówka specjalistyczna
 - ☐ zajęcia socjoterapeutyczne, terapeutyczne, korekcyjne, kompensacyjne, logopedyczne
 - ☐ realizacja indywidualnego programu korekcyjnego, psychokorekcyjnego, psychoprofilaktycznego, w szczególności terapii pedagogicznej, psychologicznej i socjoterapii
- 3) placówka prowadzona w formie pracy podwórkowej
 - ☐ działania animacyjne i socjoterapeutyczne

V. Informacje o kwalifikacjach osób zatrudnionych w placówce

1. Kwalifikacje kierownika placówki

2. Kwalifikacje osób pracujących z dziećmi (należy wykazać również kwalifikacje specjalistów, prowadzących zajęcia specjalistyczne)

Wnioskodawca oświadcza, że poinformował w imieniu Gminy Miasto Szczecin – Urzędu Miasta Szczecin (Administratora danych osobowych) wszystkie osoby fizyczne, których dane osobowe przekazuje Administratorowi:

- 1) o fakcie przekazania danych osobowych Administratorowi,
- 2) o tym, że dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora,
- 3) o treści klauzuli informacyjnej dołączonej do wniosku.

VI. Informacja o spełnianiu przez placówkę warunków określonych w art. 18b ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

1. Oświadczam/-y, że Placówka Wsparcia Dziennego posiada/ nie posiada/ jest w trakcie procedury uzyskania* pozytywnej opinii komendanta powiatowego (miejskiego) Państwowej Straży Pożarnej (*niepotrzebne skreślić), wydanej w drodze decyzji administracyjnej

W przypadku, gdy podmiot prowadzący placówkę jest w trakcie procedury uzyskania opinii, należy wskazać orientacyjny termin uzyskania opinii:

.....

Jeżeli placówka nie posiada pozytywnej opinii, należy wskazać powód braku pozytywnej opinii:

.....

2. Oświadczam/-y, że Placówka Wsparcia Dziennego posiada/ nie posiada/ jest w trakcie procedury uzyskania* pozytywnej opinii właściwego państwowego inspektora sanitarnego (* niepotrzebne skreślić), wydanej w drodze decyzji administracyjnej.

W przypadku, gdy podmiot prowadzący placówkę jest w trakcie procedury uzyskania opinii, należy wskazać orientacyjny termin uzyskania opinii:

.....

Jeżeli placówka nie posiada pozytywnej opinii, należy wskazać powód braku pozytywnej opinii:

.....

VII.

Oświadczam/-y, że w stosunku do podmiotu prowadzącego placówkę wsparcia dziennego nie zostało/ zostało* wydane prawomocne orzeczenie zakazujące wykonywania działalności objętej przedmiotowym zezwoleniem (*niepotrzebne skreślić).

Podpis wnioskodawcy

Miejscowość i data złożenia wniosku

Przedkładam następujące załączniki:

- 1) dokumenty potwierdzające tytuł prawny do nieruchomości, na terenie której Placówka Wsparcia Dziennego ma prowadzić działalność;
- 2) odpis z właściwego rejestru;
- 3) „Oświadczenie o posiadaniu numeru identyfikacyjnego REGON i numeru identyfikacji podatkowej NIP” (**WSS-7**);
- 4) statut Placówki Wsparcia Dziennego lub jego projekt;
- 5) regulamin organizacyjny Placówki Wsparcia Dziennego lub jego projekt;
- 6) informację o planowanym sposobie finansowania Placówki Wsparcia Dziennego oraz o niezaleganiu w regulowaniu zobowiązań podatkowych i składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Szczecin, dnia

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych*

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a oraz art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), , oświadczam, że **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie danych kontaktowych przez Gminę Miasto Szczecin - Urząd Miasta Szczecin** w celu ułatwienia kontaktu w związku ze złożonym wnioskiem.

Udzielona zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie i w dowolnej formie, a jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy