WZÓR

………………………………………………………………………

imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby fizycznej

prowadzącej szkołę/placówkę niepubliczną

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

 *(miejscowość, data)*

**Starosta Powiatu Iławskiego**

**ul. Andersa 2a, 14-200 Iława**

**Oświadczenie osoby fizycznej prowadzącej szkołę lub placówkę niepubliczną**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

działając na podstawie art. 168 ust. 4a ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe **wskazuję** osobę fizyczną/osobę prawną\* inną niż jednostka samorządu terytorialnego, która przejmie prowadzenie szkoły lub placówki niepublicznej…………………………………………

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

*(nazwa szkoły lub placówki)*

w przypadku mojego zgonu:

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

 *(imię/imiona i nazwisko w przypadku osoby fizycznej lub nazwa w przypadku osoby prawnej)*

*( PESEL w przypadku osoby fizycznej lub REGON w przypadku osoby prawnej – w związku z art.7 ust. 1 pkt 11 ustawy
 z 15.04.2011 r. o systemie informacji oświatowej)*

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

 *(adres zamieszkania osoby fizycznej lub siedziba wraz z adresem w przypadku osoby prawnej, telefon, e-mail, fax, strona internetowa –*

*w związku z art.7 ust. 1 pkt 11 ustawy z 15.04.2011 r. o systemie informacji oświatowej )*

Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z klauzulą informacyjną, w tym z informacją o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach. Klauzule są dostępne na stronie internetowej: <http://bip.powiat-ilawski.pl/10028/Ochrona_danych_osobowych/> .

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

 *podpis osoby prowadzącej*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

………………………………………………………………………

imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby fizycznej

lub

nazwa, siedziba , adres osoby prawnej

która ma przejąć prowadzenie szkoły lub placówki

niepublicznej

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

 *(miejscowość, data)*

**Starosta Powiatu Iławskiego**

**ul. Andersa 2a, 14-200 Iława**

**Oświadczenie osoby fizycznej/osoby prawnej\*, która ma przejąć prowadzenie szkoły lub placówki niepublicznej**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko osoby fizycznej lub uprawnionej osoby działającej w imieniu osoby prawnej)

działając na podstawie art. 168 ust. 4a ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe **oświadczam,** że w przypadku zgonu……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko osoby prowadzącej szkołę lub placówkę)*

przejmę prowadzenie szkoły lub placówki niepublicznej ………………………………………………………………………………………….

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

*(nazwa szkoły lub placówki)*

 po wyżej wymienionej osobie.

Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z klauzulą informacyjną, w tym z informacją o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach. Klauzule są dostępne na stronie internetowej: <http://bip.powiat-ilawski.pl/10028/Ochrona_danych_osobowych/> .

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

 *podpis osoby* fizycznej lub uprawnionej osoby działającej w imieniu osoby prawnej *wskazanej do przejęcia prowadzenia szkoły lub placówki*

\*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ