……………………………………  
 *(miejscowość, data)*

………………………………………………………….

*(imię i nazwisko lub nazwa wnioskodawcy)*

*………………………………………………………………..*

*………………………………………………………………..*

*(miejsce zamieszkania lub siedziba wnioskodawcy)*

*………………………………………………………………..*

*(PESEL lub REGON)*

**Starosta Wołomiński**

# WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z EWIDENCJI NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY LUB PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

1. Oznaczenie osoby prowadzącej szkołę lub placówkę, jej miejsca zamieszkania lub siedziby:

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

2. Nazwa i adres szkoły lub placówki:

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

3. Nr wpisu do ewidencji szkół lub placówek oświatowych:

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

4. Przyczyna złożenia wniosku o dokonanie wykreślenia wpisu z ewidencji:

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

5. Termin zaprzestania działalności przez szkołę lub placówkę:\*

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

..................................................................  
 *(pieczątka i podpis osoby prowadzącej*

*szkołę lub placówkę)*

\*jeżeli dotyczy