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

………………………………………………………….

*(imię i nazwisko lub nazwa wnioskodawcy)*

*………………………………………………………………..*

*………………………………………………………………..*

*(miejsce zamieszkania lub siedziba wnioskodawcy)*

*………………………………………………………………..*

*(PESEL lub REGON)*

**Prezydent Miasta**

**Tomaszowa Mazowieckiego**

# Wniosek o wykreślenie z ewidencji szkół i placówek niepublicznych

# Działając na podstawie art. 169 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe (tj. Dz. U. z 2021 poz. 1082 ze zm.) wnoszę o wykreślenie z ewidencji szkół i placówek niepublicznych prowadzonej przez Prezydenta Miasta Tomaszowa Mazowieckiego, niepublicznej szkoły podstawowej/ 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 i placówek niepublicznych:

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

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)*

W załączeniu:

* Potwierdzenie przekazania dokumentacji przebiegu nauczania organowi

sprawującemu nadzór pedagogiczny

* Dokument potwierdzający zakończenie procesu likwidacji szkoły lub placówki.

\*jeżeli dotyczy