

.....
(nazwa placówki, właściciel lub pełnomocnik)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres, siedziba)

.....
(miejscowość, kod pocztowy)

.....
(telefon kontaktowy)

**Komendant Miejski
Państwowej Straży Pożarnej
w Szczecinie
ul. Grodzka 1/5
70-560 Szczecin**

Wnoszę o wydanie opinii w trybie **art. 18 b ust. 2 i ust. 3/ art. 106 ust. 4 pkt 2 lit. f *** ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j.: Dz. U. z 2017 r. poz. 697 ze zm.) o warunkach bezpieczeństwa i higieny w budynku/lokalu*

.....
.....
.....
(dokładna nazwa i adres obiektu)

w którym będzie mieścić się placówka wsparcia dziennego oraz najbliższym jego otoczeniu, mając na uwadze specyfikę placówki, w zakresie wymagań ochrony przeciwpożarowej.

*) – niepotrzebne skreślić

Dane właściciela budynku, w którym planowane jest prowadzenie placówki (w przypadku, gdy właścicielem budynku jest osoba zgłaszająca – nie wypełniać):

.....
(właściciel budynku)

.....
(adres, siedziba)

.....
(miejscowość, kod pocztowy)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(podpis wnioskodawcy)