…………………………………….. ……………………………..

(dane podmiotu prowadzącego) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIENIU WYMAGAŃ LOKALOWYCH I SANITARNYCH**

Oświadczam, że placówka wsparcia dziennego

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

spełnia wymagania lokalowe i sanitarne zawarte w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 października 2015r. w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych, jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzona placówka wsparcia dziennego (Dz.U. z 2015r. poz. 1630).

………………………………….. …………………………………………

(pieczęć podmiotu prowadzącego placówkę) ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki)