

.....  
(imię i nazwisko / nazwa firmy lub pełnomocnik)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(adres, siedziba)

.....  
(miejscowość, kod pocztowy)

.....  
(telefon kontaktowy)

**Komendant Powiatowy  
Państwowej Straży Pożarnej  
w Świdwinie  
ul. Armii Krajowej 23  
78-300 Świdwin**

Wnoszę o wydanie opinii w trybie 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 2018 r., poz. 1076 z późn. 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)