*Pieczęć placówki*

**Deklaracja o przystąpieniu do procesu certyfikacji**

**„Per aspera ad astra”**

Niniejszym deklarujemy chęć przystąpienia do procesu certyfikacji naszej placówki

w celu uzyskania Certyfikatu „Per aspera ad astra”.

Dyrektor placówki

Miejscowość i data ……………………………… …………………………………………….

**I. Informacje ogólne o placówce**

* 1. Nazwa: …………………………………………………………………………………….
  2. Adres: ulica …………………………………………………………..….. nr ……………

Kod pocztowy ………………….. Miejscowość……………………….…………………

* 1. Dane kontaktowe tel. ………….………. e-mail……………………...…...……..……….

www. ……..………………….………………..

* 1. Organ prowadzący (nazwa, adres, telefon) ………………..……………………………...

……………………………………………………………………………………………..

* 1. Lokalizacja szkoły: województwo …………………… powiat…………………………..
  2. Liczba dzieci w bieżącym roku szkolnym ……………
  3. Podmiot wpisany do ewidencji *(podać rodzaj ewidencji i numer – np. KRS 000000)*

……………………………………………………………………………………………..

**II. Krótka charakterystyka i działalności placówki**

|  |
| --- |
|  |

**O Ś W I A D C Z E N I A**

* Oświadczam, iż nasza placówka spełnia regulaminowy wymóg prowadzenia działalności na rzecz osób ze spektrum autyzmu przez minimum rok.
* Oświadczam, iż(podać liczbę) …… dzieci/uczniów/wychowanków otrzymało diagnozę kliniczną autyzmu w NZOZ AXON w Białymstoku.
* Oświadczam, że zapoznaliśmy się z Regulaminem przyznawania Certyfikatu

Dyrektor placówki

Miejscowość i data ……………………………… …………………………………………….

|  |
| --- |
| *Wypełnia Fundacja*  *Pieczęć Fundacji*  Zespół konsultantów w składzie:   1. …………………………………………… 2. …………………………………………… 3. ……………………………………………   2.Po zapoznaniu się z treścią niniejszej deklaracji i załącznikami **rekomendujemy/nie rekomendujemy** placówkę do nadania Certyfikatu „Per aspera ad astra”.  **Uzasadnienie**:  Białystok, dnia …………………..  Podpisy: …………………………..  …………………………..  ………………………….. |