

.....
/imię i nazwisko rodzica/ów lub prawnego opiekuna/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/nr telefonu kontaktowego/

**Burmistrz
Miasta Świeradów-Zdrój**

W N I O S E K
w sprawie zwrotu rodzicom/opiekunom prawnym* kosztów przewozu dziecka z niepełnosprawnością do przedszkola, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego

1. Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów przewozu mojego niepełnosprawnego dziecka:

- a) Imię i nazwisko dziecka:
- b) Data i miejsce urodzenia :
- c) Miejsce zamieszkania dziecka:.....

do przedszkola/szkoły /ośrodka*.

2. Pełna nazwa i adres placówki oświatowej do której dziecko uczęszcza/będzie uczęszczało:

.....
.....

3. Klasa do której dziecko uczęszcza/będzie uczęszczało:

4. Okres dowożenia dziecka do przedszkola/szkoły/ośrodka*: od do.....

5. Nazwa banku i nr rachunku bankowego:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*, seria i nr dowodu tożsamości:
.....

7. Adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego*

8. Adres miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego*

9. Oświadczenia wnioskodawcy:

Oświadczam, że:

- a) dziecko/uczeń dowożone będzie do przedszkola/szkoły/ośrodka*:

przez rodziców/opiekunów prawnych, będących właścicielami samochodu osobowego marki, nr rejestracyjny, rok produkcji, pojemność silnika,

inny podmiot:
/nazwa podmiotu/

środkami komunikacji publicznej

b) dziecko/uczeń dowożone będzie przez rodziców/opiekunów prawnych do przedszkola/szkoły/ośrodka* drogami publicznymi na trasie:

miejsce zamieszkania - przedszkole/szkoła/ośrodek* i z powrotem

miejsce zamieszkania - przedszkole/szkoła/ośrodek* – miejsce pracy i z powrotem¹⁾

.....
/adres miejsca pracy, nazwa firmy/

c) liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka* wynosi km dziennie.

d) liczba kilometrów z przedszkola/szkoły/ośrodka* do miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego wynosikm dziennie.

e) liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do miejsca pracy* (bez dowozu dziecka do szkoły) wynosikm dziennie.

f) samochód jest sprawny technicznie i posiada aktualne badania techniczne: **TAK / NIE***

g) samochód posiada aktualne ubezpieczenie OC i NW: **TAK / NIE***

h) wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z aktualnym stanem faktycznym oraz że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Miasta Świeradów-Zdrój z siedzibą w Świeradowie-Zdroju (59-850) przy ulicy 11 Listopada 35. Z administratorem można skontaktować się mailowo: um@swieradowzdroj.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się mailowo: iod@swieradowzdroj.pl.

Dane przetwarzane są dla celów związanych ze zwrotem kosztów przewozu dziecka z niepełnosprawnością do szkoły/przedszkola/placówki oświatowej, na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe oraz zawartej umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO). Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: www.bip.swieradowzdroj.pl.

.....
/data/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

Potwierdzenie realizacji wychowania przedszkolnego/obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego/obowiązku szkolnego/obowiązku nauki* w przedszkolu/szkole/ośrodku*.

.....

.....

.....

.....
/miejsowość, data/

.....
/pieczętka szkoły i podpis osoby upoważnionej/

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego wydanego przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności
3. Zaświadczenia potwierdzające przyjęcie dziecka do przedszkola/szkoły/ośrodka* wydane przez dyrektora przedszkola/szkoły/ośrodka*
4. Kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu.
5. Kserokopia aktualnego ubezpieczenia OC i NW.

* niewłaściwe skreślić.

¹⁾ dodatkowo należy podać nazwę firmy i adres miejsca pracy rodzica