**WNIOSEK**

**o zwrot kosztów przejazdu dziecka /ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, szkoły lub ośrodka**

1. **Wnioskuję o:** (niepotrzebne skreślić)
2. zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna do przedszkola, szkoły lub ośrodka środkami komunikacji publicznej,
3. zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna do przedszkola, szkoły lub ośrodka transportem zorganizowanym przez placówkę oświatową,
4. zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna do przedszkola, szkoły lub ośrodka prywatnym samochodem osobowym na trasie:
5. miejsce zamieszkania – placówka oświatowa – miejsce zamieszkania i z powrotem,
tj. ………… km,
6. miejsce zamieszkania – placówka oświatowa – miejsce pracy i z powrotem tj. ………… km.
7. **Dane dziecka/ucznia niepełnosprawnego:**
8. imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………..…
9. data i miejsce urodzenia: …………………………………………………………………………………………….
10. adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………
11. dokładny adres placówki oświatowej, do której dziecko uczęszcza lub będzie uczęszczało: ………………………………………………………………………...........................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………….klasa: …………………………………. rok szkolny: ………………………………….

1. Okres dowożenia do placówki oświatowej:
2. data rozpoczęcia dowozu: ……………………………………………………………
3. data zakończenia dowozu: …………………………………………………………..
4. **Dane** **wnioskodawcy:**
5. imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………….
6. adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………
7. numer kontaktowy: …………………………………………………………………………………………………….
8. numer konta bankowego: …………………………………………………………………………………………..
9. **Dane o miejscu pracy rodzica/ opiekuna/ opiekuna prawnego:**
10. adres miejsca pracy: …………………………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. liczba przejechanych kilometrów drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do pracy i z powrotem (bez dowozu dziecka do szkoły) wynosi …………… km dziennie.
2. **Oświadczam, że** do przewozu mojego dziecka / ucznia niepełnosprawnego korzystam z pojazdu o poniższych parametrach:
3. marka: …………………………………………………………………………………………………………………...…..
4. numer rejestracyjny: …………………………………………………………………………………………………..
5. samochód jest sprawny technicznie tzn. posiada aktualne badanie techniczne: TAK/ NIE (niepotrzebne skreślić)
6. posiadam aktualne ubezpieczenie OC:
TAK/ NIE (niepotrzebne skreślić)
7. przyjmuję do wiadomości, że mogę zostać zobowiązany do uwiarygodnienia danych zawartych we wniosku poprzez okazanie oryginalnych dokumentów potwierdzających podane dane.
8. **Załączniki:**
9. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka/ ucznia niepełnosprawnego.
10. Aktualne orzeczenie z poradni psychologiczno – pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego dziecka / ucznia.
11. Skierowanie ucznia do kształcenia specjalnego w danej placówce lub jeśli nie posiada skierowania – zaświadczenie potwierdzające przyjęcie dziecka/ ucznia do placówki oświatowej.

**Oświadczam, że:**

1. Wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą
2. Przyjąłem do wiadomości, że podane we wniosku informacje będą kontrolowane.

……………………………………………………..

(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Zgoda:**

Wyrażam / nie wyrażam zgody na wykorzystanie przez Urząd Gminy Pęcław, Pęcław 28 67-221 Białołęka:

- numeru telefonu w celach kontaktowych związanych ze złożonym wnioskiem,

- numeru konta bankowego w celu wypłaty przyznanego świadczenia.

……………………………………………………..

(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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(RODO) ,informujemy że:*

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Wójt Gminy Pęcław, Pęcław 28; 67-221 Pęcław,
tel. +48 76 831 71 26 e-mail: gmina@peclaw.eu
* W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): iodo@amt24.biz tel. 76/3000140
* Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe dziecka będą przetwarzane w celu realizacji wniosku.
* Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 pkt.1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz na podstawie art. 127 ust. 13 i 15 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe.
* Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa.
* Dane przetwarzane będą przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
* Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania.
* Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.
* Podanie danych jest wymogiem ustawowym.
* Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości transportu dziecka do szkoły/ośrodka.