Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 765/2022

Burmistrza Gminy i Miasta w Sokołowie Młp.

z dnia 6 grudnia2022 r.

……………………… , dnia…………………..

(miejscowość)

……………………………………..

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……………………………………………..

(adres wnioskodawcy)

……………………………………………..

(seria i numer dowodu tożsamości)

…………………………………………..

(nr telefonu)

**Burmistrz Gminy i Miasta Sokołów Młp.**

**ul. Rynek 1  
 36-050 Sokołów Młp.**

**WNIOSEK**

**O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO I JEGO OPIEKUNA**

**Wnioskuję o: zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna do przedszkola, szkoły lub ośrodka prywatnym samochodem osobowym.**

**Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:**

1. Imię i nazwisko dziecka: ……………………………………………………………….…………..
2. Data i miejsce urodzenia dziecka: ……………………………………….…………………………
3. Adres zamieszkania dziecka:………………………………………………………..…………

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

1. Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub ośrodka\*, do którego będzie uczęszczało dziecko:

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

…………………………………………………………………………………………………

1. Imię i nazwisko rodzica, opiekuna lub opiekuna prawnego:

…………………………………………………………………………………………………

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

1. Adres zamieszkania rodzica lub opiekuna prawnego…………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **Okres dowożenia do przedszkola, szkoły lub ośrodka:**

od …………………………………….. do ………...……………………………………….

(dzień-miesiąc-rok, data rozpoczęcia dowozu) (dzień-miesiąc-rok, data zakończenia dowozu)

1. **Dowóz prywatnym samochodem**

Uczeń dowożony będzie własnym środkiem transportu przez rodzica (opiekuna prawnego)

Samochód osobowy marki ………………………….. nr rejestracyjny ………………………..

pojemność skokowa silnika …………………………..……………………….. rodzaj paliwa …………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, iż:**

1. liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, innej formy wychowania przedszkolnego, ośrodka rewalidacyjno- wychowawczego, szkoły podstawowej albo szkoły ponadpodstawowej, a także przewozu rodzica z tego miejsca do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy, i z powrotem; **wynosi ……………… km.**
2. liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania rodzica do miejsca pracy i z powrotem, jeżeli nie wykonywałby przewozu, o którym mowa w lit a; **wynosi ……………… km.**
3. Nazwa i numer rachunku bankowego, na który należy dokonywać zwrotu środków oraz dane właściciela rachunku:…………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Załączniki do wniosku:**

1. Aktualne orzeczenia o niepełnosprawności ucznia.

2. Aktualne orzeczenie z poradni psychologiczno - pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego

ucznia lub potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych.

3. Potwierdzenie przyjęcia dziecka do przedszkola, szkoły lub ośrodka specjalnego, wydane przez

dyrektora placówki lub osobę upoważnioną.

4. Kopia dowodu rejestracyjnego samochodu, którym dziecko będzie dowożone.

……………………………………………………..

(czytelny podpis wnioskodawcy, rodzica/opiekuna prawnego)

**Oświadczenie RODO –**

**w przypadku zbierania danych od osób,**

**składających wniosek o zwrot kosztów przejazdu uczniów niepełnosprawnych oraz ich rodziców i opiekunów prawnych z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka umożliwiającego realizację obowiązku szkolnego i obowiązku nauki w przypadku zapewnienia dowozu i opieki przez rodziców lub opiekunów prawnych.**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, że:

1. *Administratorem Danych Osobowych Pana/Pani jest Urząd Gminy i Miasta w Sokołowie Młp.,   
   ul. Rynek 1 36-050 Sokołów Młp.tel. kontaktowy 177729019 reprezentowana(y) przez Burmistrza Gminy i Miasta w Sokołowie Mlp.*
2. *Inspektorem Ochrony Danych u Administratora Danych Osobowych jest e-mail* [*iod@e-sokolow-mlp.pl*](mailto:iod@e-sokolow-mlp.pl) *tel. kontaktowy 177729019*
3. *Dane osobowe, o których mowa w pkt. 1 są przetwarzane w celu:*

* *Zwrotu kosztów przejazdu uczniów niepełnosprawnych oraz ich rodziców i opiekunów prawnych   
  z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka umożliwiającego realizację obowiązku szkolnego i obowiązku nauki w przypadku zapewnienia dowozu i opieki przez rodziców lub opiekunów prawnych .*

1. *Dane osobowe nie są udostępniane odbiorcom danych w rozumieniu art. 4 pkt. 9 RODO.   
   Dane osobowe mogą być przekazywane organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem;*
2. *Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres w zakresie niezbędnym   
   do realizacji celów przetwarzania danych osobowych tj. przez okres wynikający z prawa wewnętrznego Administratora Danych Osobowych, tj. z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt, która określ okresy przechowywania tej dokumentacji i z przepisu prawa powszechnie obowiązującego;*
3. *Administrator Danych Osobowych jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych osobowych  
    w celu realizacji obowiązku ustawowego. Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych ich sprostowania i przenoszenia, usunięcia, ograniczenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. W przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje Pani/i prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Z powyższych praw można skorzystać poprzez e-mail(administratora):* [*iod@e-sokolow-mlp.pl*](mailto:iod@e-sokolow-mlp.pl)
4. *Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych e-mail:* [***kancelaria@puodo.gov.pl***](mailto:kancelaria@puodo.gov.pl)***;***
5. *Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolnie, ale konieczne w celu przyznania świadczenia zdrowotnego. Odmowa udostępnienia danych przez Pana/Panią spowoduje niemożność przyznania świadczenia przez Administratora.*

* *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych   
  w Urzędzie Gminy z siedzibą w Sokołowie Małopolskim ul.Rynek 1.*
* *Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.*
* *Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych.*

*…………………………………….*

*(data i podpis)*