**Załącznik nr 1 do Zarządzenia
 nr 60.2022 Wójta Gminy Przemęt z dnia 27 lipca 2022 r. w sprawie określenia zasad zwrotu kosztów przejazdu do przedszkoli, szkół
i placówek oświatowych wychowanków i uczniów niepełnosprawnych, objętych wychowaniem przedszkolnym, obowiązkiem szkolnym lub nauki, gdy dowóz zapewniany jest przez rodziców lub opiekunów prawnych.**

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU DZIECKA / UCZNIA IEPEŁNOSPRAWNEGO**

**I. 1.Wnioskuję o zwrot kosztów dojazdu dziecka / ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, szkoły lub ośrodka\* prywatnym samochodem, w roku szkolny ………. /…………**

1) Imię i nazwisko dziecka/ucznia niepełnosprawnego:

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

2) Data urodzenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego: ........................................................................................................................................

3) Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

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

4) Nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego\* do którego uczęszcza dziecko/uczeń niepełnosprawny: ………………………………………………………………………………...…………..….……………………………………………………………………………………..………………………………………..….………………………………………………………………...……

 5) Adres zamieszkania dziecka/ucznia niepełnosprawnego (dalej: miejsce zamieszkania) ........................................................................................................................................................................................................................................................................................

 6) Okres dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego do placówki ……………………………………………………………………………………………………...

**2.** **Wskazuję jedną z poniższych opcji, celem zwrotu kosztów przewozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka\***

**2.1 Miejsce zamieszkania – placówka**

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie do szkoły/placówki:

1. miejsce zamieszkania ..................................................................................................

placówka ......................................................................................................................

1. placówka ......................................................................................................................

miejsce zamieszkania...................................................................................................

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie ze szkoły/placówki:

 c) miejsce zamieszkania ................................................................................................... placówka.............................................................................................................................

 d) placówka....................................................................................................................... miejsce zamieszkania ........................................................................................................

Łączna długość trasy wynosi ……. km

**2.2 Miejsce zamieszkania – placówka – miejsce pracy**

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie do szkoły/placówki:

 a) miejsce zamieszkania ...................................................................................................

placówka ............................................................................................................................

 b) placówka ….. .................................................................................................................

miejsce pracy (adres).. .......................................................................................................

Przewóz dziecka/ucznia niepełnosprawnego na trasie ze szkoły/placówki:

 c) miejsce pracy (adres) ...................................................................................................

 placówka ………...............................................................................................................

d) placówka ………….........................................................................................................

miejsce zamieszkania .......................................................................................................

Łączna długość trasy wynosi ………..km

**3.** Proszę o przekazanie należności z tytułu zwrotu dowozu dziecka/ ucznia niepełnosprawnego do placówki oświatowej na rachunek bankowy.

Nazwa banku: …………………………………………...…………………………………....……………………

Nr rachunku bankowego:

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

**4.** Dziecko/uczeń niepełnosprawny posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/ orzeczenie o potrzebie grupowych zajęć rewalidacyjno-wychowawczych\* z dnia …………..…......... ,wydane przez publiczną poradnię psychologiczno pedagogiczną, na okres......................................................................................................................................, z uwagi na (podać rodzaj niepełnosprawności)......................................................................

…………………………………………………………………………………………………………

Dziecko/uczeń posiada orzeczenie o niepełnosprawności z dnia ..…………………….........., nr…………………………………………………… wydane przez………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

do dnia …………………………………………………………………………………….………….

**II. 1.** Oświadczam, że do przewozu mojego dziecka/ucznia niepełnosprawnego korzystam z pojazdu o poniższych parametrach:

1) marka, model, rocznik .......................................................................................................

2) numer rejestracyjny............................................................................................................

3) pojemność silnika ..............................................................................................................

4) rodzaj silnika ......................................................................................................................

5) rodzaj paliwa: benzyna, olej napędowy, autogaz\*,

6) średnie zużycie paliwa w jednostkach na 100 kilometrów dla danego pojazdu według danych producenta pojazdu....................................................................................................

2. Samochód jest sprawny technicznie - posiada aktualne badania techniczne: TAK/NIE\* .

3. Posiadam aktualne ubezpieczenie OC – TAK/NIE\*.

4. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do kierowania pojazdem zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury i Budownictwa z dnia 24 lutego 2016r. w sprawie wydawania dokumentów stwierdzających uprawnienia do kierowania pojazdami
(Dz. U. z 2016 r. poz. 231 z późń. zm.) .

5. Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

6. Przyjmuję do wiadomości, że mogę zostać zobowiązana/zobowiązany do uwiarygodnienia danych zawartych we wniosku oryginałami dokumentów.

Klauzula informacyjna

1.Administrator danych: Wójt Gminy Przemęt, z siedzibą przy ul. Jagiellońska 8,
64-234 Przemęt.

2.Inspektor ochrony danych: we wszelkich sprawach związanych z ochroną danych można się kontaktować poprzez adres e-mail: iod@przemet.pl

3.Cele przetwarzania i podstawa prawna:

1) przyjęcie i rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnych do przedszkoli/szkół/ośrodków przez rodziców/opiekunów prawnych– art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z ustawą z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo Oświatowe

2) archiwizacja danych – art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

4. Dane będą przechowywane przez okres 25 lat.

5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty, z którymi administrator zawarł umowy powierzenia.

6. Przysługujące Pani/Panu prawa:

 a) Prawo żądania dostępu do danych

 b) Prawo żądania sprostowania danych

 c) Prawo żądania usunięcia danych

 d) Prawo żądania ograniczenia przetwarzania

 e) Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do przyjęcia
i realizacji wniosku.

8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Pani/Pana dane osobowe nie będą profilowane ani też nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

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

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić