………………………………… ……………………………..

*/Imię i nazwisko wnioskodawcy/*

 / *miejscowość, data /*

…………………………………

…………………………………

*/Adres zamieszkania /*

Tel. ……………………………………

**Wójt Gminy Głogów**

**WNIOSEK**

**o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, innej formy wychowania przedszkolnego, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, szkoły podstawowej lub szkoły ponadpodstawowej własnym środkiem transportu/środkami zbiorowej komunikacji publicznej\***

\*Niepotrzebne skreślić

Proszę o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego:

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

*(imię i nazwisko dziecka/ucznia, data urodzenia)*

zamieszkałego …….………………………………………………………………..................

uczęszczającego w roku szkolnym………………….……….. do klasy/grupy…….…………

w placówce…………………………………………………………………………….…….…

*(nazwa i adres placówki oświatowej)*

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

Dziecko/uczeń dowożony będzie pod opieką rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego

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

*(imię i nazwisko rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego)*

legitymującego się dowodem osobistym numer: ……….………………………………...…, zamieszkałego ……………………………………………………………………………...…

…………………………………………………………………………………………………

**I. Okres dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego do placówki oświatowej**

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

*(data rozpoczęcia dowozu) (data zakończenia dowozu)*

**II. Dowóz własnym środkiem transportu**

Informuję, iż dziecko/uczeń będzie dowożone prywatnym samochodem- marka……………, o pojemności skokowej silnika ……………. cm3, numerze rejestracyjnym…………………, nr polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (OC)…………………….………

**III. Dowóz środkami zbiorowej komunikacji publicznej**

Informuję, iż dziecko/uczeń będzie dowożone środkami komunikacji publicznej. Rodzaj środka transportu:………………………………………….

Jednostkowy koszt przejazdu środkami komunikacji publicznej *(na trasie: miejsce zamieszkania – placówka oświatowa)*

 uczeń:………………………………………….…..

 opiekun:……………………………………………

z uwzględnieniem ulg ustawowych.

Dzienny koszt przejazdu ucznia niepełnosprawnego wraz z opiekunem, na trasie *miejsce zamieszkania – placówka oświatowa – miejsce zamieszkania* wynosi………………............ zł.

**IV.** Informuję, że najkrótsza odległość z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej, do której dziecko/uczeń niepełnosprawny uczęszcza wynosi ……....… km. (tylko w jedną stronę z domu do placówki oświatowej).

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

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

Nr rachunku bankowego:……………………………….……………………………...………

**VI. Załączniki do wniosku**

1) kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka/ucznia;

2) kserokopię aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dziecka/ucznia;

3) zaświadczenie z placówki o objęciu dziecka/ucznia wychowaniem przedszkolnym, rocznym przygotowaniem przedszkolnym, obowiązkiem szkolnym lub obowiązkiem nauki.

**VII. Oświadczam, że:**

1) wszystkie dane zawarte we wniosku i załącznikach do wniosku są prawdziwe.

2) posiadam uprawnienia do kierowania pojazdem zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury i Budownictwa z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie wydawania dokumentów stwierdzających uprawnienia do kierowania pojazdami (Dz. U. z 2018 r. poz. 1062 z późn. zm.)

3) w czasie dowozu dziecka do placówki oświatowej *będę sprawował/a nad nim opiekę/ opiekę nad dzieckiem będzie sprawował wyznaczony przeze mnie opiekun*

...........................................................................................................................................

*(imię i nazwisko opiekuna, nr dowodu osobistego)*

……………………………………………

*Czytelny podpis wnioskodawcy*

*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:*

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Wójt Gminy Głogów w Urzędzie Gminy Głogów przy ul. Piaskowej 1 w Głogowie, tel. 76/8365555
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): e-mail: iodo@amt24.biz, tel: 76 300 01 40
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych ze zwrotem kosztów dowozu niepełnosprawnego ucznia.
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust.1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, oraz na podstawie ustawy Prawo oświatowe (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r., poz. 1148)
5. Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa.
6. Dane przetwarzane będą przez okres 2 lat od zakończenia roku kalendarzowego, w którym został złożony wniosek.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania oraz ograniczenia ich przetwarzania.
8. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do rozpatrzenia wniosku.

……………………………………………

*Czytelny podpis wnioskodawcy*