Załącznik Nr 2

**Wójt Gminy Gozdowo**

**WN I O S E K**

**ZWROT KOSZTÓW DOWOZU DZIECKA Z NIEPEŁNOSPARWNOŚCIĄ ORAZ JEGO OPIEKUNA DO PRZEDSZKOLA/ ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ/ INNEJ FORMY WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO / SZKOŁY/ OŚRODKA REWALIDACYJNO - WYCHOWAWCZEGO PRYWATNYM SAMOCHODEM W ROKU SZKOLNYM \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:**

1. Nazwisko i imię rodzica/ prawnego opiekuna składającego wniosek numer PESEL:  
   ….............................................................................................................................................
2. Adres zamieszkania rodzica/ prawnego (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość): ….............................................................................................................................................
3. Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego:  
   ….........................................................................
4. Dane dotyczące dziecka:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Data urodzenia i miejsce |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres przedszkola/szkoły/ placówki |  |
| Okres dowożenia w danym roku szkolnym | od..................................  do.................................. |

1. Informacje dotyczące pojazdu, którym dziecko będzie dowożone:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Marka samochodu i model |  |
| 2. | Rok produkcji |  |
| 3. | Nr rejestracyjny samochodu |  |
| 4. | Pojemność silnika w cm3 |  |

1. Informacje dotyczące trasy dowozu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka w jedną stronę – trasa:……….……………….……………………………  ……………………………………………………………………………… |  |
| 2. | Liczba kilometrów z przedszkola/szkoły/ośrodka do miejsca pracy |  |
| 3. | Adres miejsca pracy rodzica/prawnego opiekuna…………………………………………  ……………………………………………………………………………………………. | |
| 4. | Liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do miejsca pracy rodzica |  |

1. Zobowiązuję się do informowania o wszelkich zmianach dotyczących miejsca zamieszkania, miejsca zatrudnienia lub adresu placówki, do której uczęszcza dziecko, itp.
2. Zobowiązuję się do powiadomienia w formie pisemnej o rezygnacji z dowozu dziecka do wyżej wymienionej szkoły/przedszkola/ośrodka w ciągu 7 dni od daty rezygnacji.
3. Zwrot kosztów dowozu dziecka proszę wpłacić na rachunek bankowy:

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

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

1. W załączeniu: (oryginały dokumentów do wglądu) \*\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa dokumentu | Numer oraz data ważności |
| aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego\*\* |  |
| aktualne orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną\*\* |  |
| orzeczenie o niepełnosprawności \*\* |  |
| potwierdzenie przyjęcia/uczęszczania ucznia do placówki wydane przez dyrektora |  |

12. W przypadku braku wszystkich załączników do niniejszego wniosku rodzic/opiekun prawny

zobowiązuje się dostarczyć brakujące dokumenty w ciągu 7 dni od daty złożenia wniosku.

Oświadczam, że:

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2021, poz. 2345 z późn. zm.) oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.
2. osoba, która będzie dowoziła dziecko/ucznia posiada uprawnienia do kierowania pojazdem zgodnie z ustawą z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2021 r. poz. 1212);
3. zapoznałem/am się z Regulaminem dowozu dzieci i uczniów z niepełnosprawnością uczęszczających do przedszkoli, oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych, innych form wychowania przedszkolnego, szkół i ośrodków oraz zwrotu kosztów dowozu organizowanego przez rodziców, opiekunów prawnych.
4. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i dziecka/ucznia w celach związanych z organizacją dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej/innej formy wychowania przedszkolnego/szkoły/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego\* przez Urząd Gminy Gozdowo zgodnie z rozporządzeniem 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

Gozdowo , dnia ........................ ........................................  
 *czytelny podpis wnioskodawcy*