**Wójt Gminy Liszki**

**WNIOSEK**

**o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego i opiekuna   
z miejsca zamieszkania do przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego, szkoły, ośrodka szkolno-wychowawczego, poradni psychologiczno-pedagogicznej**

**w przypadku zapewnienia dowozu i opieki przez rodziców/opiekunów prawnych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DANE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres e-mail** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. DANE DZIECKA/UCZNIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data urodzenia** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rodzaj niepełnosprawności** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka,  do którego uczęszcza dziecko/ uczeń** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. OKRES DOWOŻENIA DZIECKA/UCZNIA DO PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/OŚRODKA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OD** | | | | Dzień | | | | Miesiąc | | | | | Rok | | | | | | | **DO** | | | | Dzień | | | | Miesiąc | | | | | Rok | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |
| **4. PRZEBIEG TRASY DOWOZU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | **Łączna najkrótsza długość trasy dowozu dziecka/ucznia z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka w km** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | **Nazwa i adres miejsca zatrudnienia rodzica/opiekuna prawnego** *(wypełnić w przypadku kiedy przedszkole/ szkoła/ośrodek dziecka/ucznia znajduje się na trasie dojazdu rodzica/opiekuna prawnego z miejsca zamieszkania do miejsca pracy)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | **Długość trasy z miejsca zamieszkania do miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego w km** *(w przypadku kiedy przedszkole/ szkoła/ośrodek dziecka/ucznia znajduje się na trasie dojazdu rodzica/opiekuna prawnego z miejsca zamieszkania do miejsca pracy)* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. DANE DOTYCZĄCE POJAZDU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Marka, model** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer rejestracyjny** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rok produkcji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pojemność skokowa silnika** (w cm³) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rodzaj paliwa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Średnie zużycie paliwa na 100 km według danych producenta** *(w cyklu mieszanym/w litrach)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. FORMA REALIZACJI PRZYZNANEGO ŚWIADCZENIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia udokumentowany zgodnie z zapisami umowy nastąpi w formie przelewu na **rachunek bankowy** wnioskodawcy: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  | | | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | | TAK  *(zaznaczyć „X”)* | NIE  *(zaznaczyć „X”)* |
| Kserokopia aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej  o potrzebie kształcenia specjalnego | |  |  |
| Potwierdzenie przyjęcia dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, szkoły lub ośrodka wydane przez dyrektora placówki lub osobę upoważnioną | |  |  |
| Inne dokumenty *(wymienić jakie)*: |  | | |
| **DOKUMENTY DO WGLĄDU** | | TAK  *(zaznaczyć „X”)* | NIE  *(zaznaczyć „X”)* |
| Dowód osobisty wnioskodawcy | |  |  |
| Dowód rejestracyjny pojazdu | |  |  |

*Informacje zawarte w złożonym wniosku są zgodne z prawdą pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2345 z późn. zm.).*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 *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) (Dz. U. UE. L 119, z 2016 r. poz. 1),* zwanego dalej RODO, informuję Panią/na, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Liszki z siedzibą: 32-060 Liszki 230; tel. 122806241; e-mail: ug@liszki.pl i Gminny Zespół Ekonomiczno-Administracyjny Szkół w Liszkach z siedzibą: 32-060 Liszki 94, tel. 122806024; e-mail: [gzeas@liszki.pl](mailto:gzeas@liszki.pl).
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą emaila: iod@liszki.pl. Funkcję Inspektora Ochrony Danych pełni Grzegorz Szajerka.
3. Dane osobowe Pana/Pani są zbierane i przetwarzane w celu realizacji wniosku w sprawie w sprawie dowozu ucznia niepełnosprawnego   
   do przedszkola, szkoły lub ośrodka.
4. Pozyskane od Pana/Pani dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.
5. Podstawą do przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest realizacja obowiązku prawnego wynikającego z *ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe* *(t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1082 z późn. zm.).*
6. Dane osobowe od momentu pozyskania będą przechowywane przez okres 5 lat (po ekspertyzie).
7. Pan/Pani ma prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.
8. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie, Pan/Pani ma prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Pan/Pani ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego reprezentowanego przez Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych naruszałoby przepisy RODO.
10. Podane przez Pana/Panią dane są pobrane dobrowolnie, jednak niezbędne dla realizacji wniosku.

…………………...………………..……..

*(data i podpis wnioskodawcy)*