.........................................., dnia............................

 (miejscowość)

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

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

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

(adres wnioskodawcy)

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

(nr telefonu)

**WNIOSEK**

**O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU DZIECKA/UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

**w roku szkolnym: ……………./………………..**

**Wnoszę o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna do szkoły, o**ś**rodka lub przedszkola prywatnym samochodem.**

I. Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1. Imię i nazwisko dziecka/ucznia:....................................................................................................
2. Data urodzenia dziecka/ucznia:…….............................................................................................
3. Adres zamieszkania dziecka/ucznia:….........................................................................................
4. Numer PESEL dziecka/ucznia:……………………………..........................................................
5. Numer PESEL rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego: ………………………………………… Nazwisko i imię rodzica, opiekuna lub opiekuna prawnego, numer dowodu tożsamości:

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

1. Adres zamieszkania rodzica, opiekuna lub opiekuna prawnego:..................................................

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

1. Nazwa i adres szkoły, przedszkola lub ośrodka, do którego będzie uczęszczał dziecko/uczeń: …………………………………………………………………………………………………...

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

1. Okres dowożenia do szkoły, ośrodka lub przedszkola:

od.......................................................... do................................................................

(data rozpoczęcia i zakończenia dowozu w danym roku szkolnym)

1. Dziecko/uczeń niepełnosprawny posiada orzeczenie Nr ……………………….. o potrzebach kształcenia specjalnego z dnia …………………….…………, wydane przez Publiczną Poradnię Psychologiczno- Pedagogiczną w ………………………………………., na okres ……………………………………………………. z uwagi na (podać rodzaj niepełnosprawności) …………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………

II. Informacja o samochodzie, którym dziecko będzie dowożone:

1. Oświadczam, że do przewozu mojego dziecka/ucznia niepełnosprawnego korzystam z pojazdu:
2. Marka, model,rocznik.....................................................................................................
3. Numer rejestracyjny ……………………………………………………………………
4. Pojemność silnika............................................................................................................
5. Samochód jest sprawny technicznie- posiada aktualne badania techniczne: TAK/NIE\*
6. Posiadam aktualne ubezpieczenie OC- TAK/NIE\*.
7. Oświadczam, że najkrótsza odległość z miejsca zamieszkania do szkoły wynosi...............km.
8. Liczba kursów dziennie……………………………………………………………………......
9. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do kierowania pojazdem zgodne z ustawą z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2023, poz. 622) i przepisami wykonawczymi do ustawy.
10. Przyjmuję do wiadomości, że mogę zostać zobowiązana/zobowiązany\* do uwiarygodnienia danych zawartych we wniosku oryginałami dokumentów.
11. Oświadczam, że znam i rozumiem zasady odpowiedzialności karnej za zatajenie prawdy lub zeznanie nieprawdy zgodnie z art. 233 §1 w związku z §6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny i potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe.
12. Przyjmuję do wiadomości, że liczba kilometrów dla wybranej trasy zostanie przeliczona i będzie to trasa najkrótsza przeliczona na podstawie podanych adresów
13. Proszę o przekazanie środków pieniężnych z tytułu zwrotu kosztów przewozu dziecka/ ucznia na konto osobiste numer i nazwa banku:

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

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

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

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

**SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ GMINNE CENTRUM USŁUG WSPÓLNYCH W CHLEWISKACH**

Niniejszą informację otrzymałeś w związku z obowiązkami określonymi w art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej z dnia 14 maja 2016 r. L 119/1).

Informacje podstawowe dotyczące przetwarzania Twoich danych osobowych:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest Gminne Centrum Usług Wspólnych w Chlewiskach,  z siedzibą przy ul. Czachowskiego 45, 26-510 Chlewiska. Możesz się z nami skontaktować w następujący sposób: listownie na adres: ul. Czachowskiego 45, 26-510 Chlewiska, przez e-mail: gcuw@chlewiska.pl telefonicznie: 048 6287053 w. 40.
2. Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych. Inspektor to Osoba, z którą możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Twoich danych osobowych oraz korzystania z przysługujących Ci praw związanych z przetwarzaniem danych. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób: przez e-mail: iod.gcuw@chlewiska.pl
3. Będziemy przetwarzać Twoje dane osobowe, w celu realizacji obowiązku gminy w sprawie zapewnienia bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu zorganizowanego dzieci/uczniów niepełnosprawnych do przedszkola/szkoły/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c RODO w celu związanym z wykonaniem umowy.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres obowiązywania zawartej umowy oraz po zakończeniu obowiązywania tej umowy przez okres wskazany w przepisach szczególnych w tym przez okres wymagany do dochodzenia roszczeń oraz okres wymagany przez organy kontrolne.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, uprawnione do ich pozyskania zgodnie z przepisami prawa oraz podmiotom, którym przekazanie danych będzie konieczne w celu wykonania umowy.
7. Przysługują Ci następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych: prawo żądania sprostowania Twoich danych osobowych, prawo żądania ograniczenia przetwarzania Twoich danych osobowych. Aby skorzystać z powyższych praw, skontaktuj się z Inspektorem Ochrony Danych (dane kontaktowe w punktach 1 i 2 powyżej).
8. W przypadku nieprawidłowości przy przetwarzaniu Twoich danych osobowych, przysługuje Ci także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.